

### ОПРОСНЫЙ ПЕРЕД ДАННЫМ КТ

Имя и фамилия пациента..... Дата рождения.....

Дата сканирования (data badania).....Номер телефона..... Вес пациента.....

**КТ:** Компьютерная томография использует рентгеновские лучи и вызывает рентгеновское облучение во время сканирования. Доза излучения различна для разных тестов, но она разрешена в диагностической визуализации. Обратите внимание, что воздействие радиации на организм не безразлично - кумулятивные дозы могут иметь неблагоприятные последствия. Поэтому, если вы ранее были подвергнуты тестом с использованием излучения (КТ, рентген и т.д.), или вы были обработаны с радиацией, пожалуйста, помните, чтобы выделить этот факт в карточку пациента вместе с датами этих испытаний.

**Абсолютным противопоказанием к компьютерной томографии является БЕРЕМЕННОСТЬ.**

Пожалуйста, заполните приведенную ниже анкету:	ДА	НЕТ
Вы беременны?		
Ли Вы в настоящее время кормите грудью?		
Есть ли у вас аллергия на йод?		
Были ли у Вас инъекции йодсодержащего контрастного вещества во время предыдущих диагностических тестов?		
Были ли осложнения после введения контрастного вещества? Если да - какие?.....		
Есть ли у вас другие аллергии (лекарственная, пищевая, к химическим веществам)? Какие?.....		
Вы страдаете от астмы? Если да - какой препарат вы принимаете?.....		
Вы страдаете от любого заболевания почек? Если да, то какого? .....		
Вы страдаете от гипер / гипотиреоз? ? Если да, то какие лекарства вы принимаете?.....		
Вы страдаете от каких-либо заболеваний сердца? Просьба подчеркнуть соответствующее: гипертония, недостаточность кровообращения, ишемическая болезнь сердца, аритмия		
Вы страдаете от диабета? Пациенты, принимая противодиабетическое (метформин) должны воздерживаться от приема этого лекарства в течение 48 часов до и 24 часов после КТ с использованием внутрисосудистого йодсодержащего контраста.		
Вы страдаете от множественной миеломы?		
Вы страдаете от подагры?		
Вы страдаете от тяжелой миастении?		
Вы страдаете от аутоиммунных заболеваний? (ревматоидный артрит, волчанка, псориаз)		
Вы страдаете от расстройств нервной системы? (инсульт, эпилепсия, потеря сознания)		
Вы принимаете какие-нибудь лекарства? (нестероидные противовоспалительные препараты, нейролептики, анальгетики, противорвотные средства, фенотиазины, антидепрессанты)		
Вы были информированы о возможности введения контраста?		

**Я, нижеподписавшийся, даю свое добровольное и информированное согласие на диагностический тест - компьютерную томографию с использованием ионизирующего излучения (рентгеновского), зная, что воздействие радиации на организм не безразлично и может негативно сказаться на здоровье.**

- Я заявляю, что я дал(а) полную и точную информацию о текущем состоянии моего здоровья, лечения, болезней и медикаментов.  
 Я заявляю, что в течение 6 часов я ничего не ел. Перед сканированием пациент должен иметь неограниченный доступ к инертным жидкостям (стоячей воды).

Я заявляю, что я имел(а) неограниченные возможности задавать вопросы и я получил исчерпывающие ответы и разъяснения на все мои вопросы.

Дата и читабельный подпись **пациента/ законного опекуна** <sup>1</sup> .....

В случае предъявления Вашей медицинской документации, пожалуйста, отметьте: ТИП И КОЛИЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ (МРТ, КТ, рентген, ультразвук, ПЭТ, прочее)		
компакт диск.....	пластина .....	Бумажные документы .....

(Дата и читабельный подпись **пациента/ законного опекуна**) .....

Дата, печать и подпись **диагноста** .....

в случае несовершеннолетних Пациентов - до 16 лет – подписывает законный представитель, 16–18 лет – подписывает Пациент и его законный представитель