

**QUESTIONNAIRE BEFORE CT SCAN / ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

Name /Imię i Nazwisko..... Date of birth / Data urodzenia .....

Date of scan/ Data badania ..... Telephone number/Nr tel. ....Weight / Waga.....

**CT scan:** CT scan uses X-rays and causes X-ray irradiation during the scan. The dose of radiation is different for different tests, but it is permitted in the diagnostic imaging. Please note that the effect of radiation on the body is not indifferent - cumulative doses can have adverse effects. Therefore, if you were previously subjected to the test using radiation (CT, X-ray, etc.) or you were treated with radiation, please remember to highlight this fact in the patient card together with the dates of these tests.

**The absolute contraindication to CT scan is PREGNANCY /**

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania KT jest CIAŻA**

Please complete the survey by checking the appropriate response	YES TAK	NO NIE
Are you pregnant? Czy jest Pani w ciąży?		
Do you breastfeed? Czy karmi Pani piersią?		
Are you allergic to the iodine? Czy jest Pani/Pan uczulona(y) na jod?		
Have you ever undergone the diagnostic imaging with intravenous administration of iodinated contrast (eg, urography, CT)? / Czy miałeś badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu?		
Were there any complications after the administration of contrast agent? If so, what kind? / Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły powikłania? Jeśli tak to jakie? .....		
Are you allergic to any medications, foods, chemical substances? If so, what kind? / Czy jest Pan(i) uczulony(a) (leki, pokarmy, substancje chemiczne)? Jeśli tak, to na jakie? .....		
Do you suffer from bronchial asthma? If so, what medication are you treated with? / Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pani/Pan leczona(y)? .....		
Do you suffer from any kidney disease? If so, what kind? / Czy choruje Pan(i) na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to na jaką? .....		
Do you suffer from a hyper / hypothyroidism? ? If so, what medication are you treated with? / Czy ma Pan(i) nadczynność/ niedoczynność tarczycy? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pani/Pan leczona(y)? .....		
Do you suffer from any heart diseases? / Czy choruje Pan(i) na serce? If so, please underline the appropriate: hypertension, circulatory failure, coronary artery disease, arrhythmia Jeśli tak, zaznacz właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu		
Do you suffer from diabetes? / Czy choruje Pan(i) na cukrzycę ? Patients treated with oral antidiabetic (metformin) should refrain from taking this medication for 48 hours before and 24 hours after the CT scan with the use of intravascular iodinated contrast agent.		
Do you suffer from multiple myeloma? Czy choruje Pan(i) na szpiczaka mnogiego?		
Do you suffer from gout? Czy choruje Pan(i) na dnę moczaniową?		
Do you suffer from myasthenia gravis? Czy choruje Pan(i) na nużliwość mięśni (miasthenia gravis)?		
Do you suffer from autoimmune diseases? (rheumatoid arthritis, lupus, psoriasis) Czy choruje Pan(i) na choroby z autoagresji? (rzs, toczeń, łuszczycę)		
Do you suffer from nervous system disorders? (Stroke, epilepsy, loss of consciousness) Czy choruje Pan(i) na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
Do you take any medications? (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, neuroleptics, analgesics, antiemetics, phenothiazines, antidepressants) / Czy przyjmuje Pan(i) leki? (niesterydowe leki przeciwzapalne, neuroleptyki, leki przeciwbólowe, przeciwwymiotne, pochodne fenotiazyny, leki przeciwdepresyjne)		
Have you been informed about the possibility of injection of contrast? Czy poinformowano Pana(i) o możliwości podania kontrastu?		

## STATEMENT AND CONSENT OF THE PATIENT / OŚWIADCZENIE I ZGODA PACJENTA

**I, the undersigned, give my consent for diagnostic test using Computed Tomography with ionizing radiation and I am aware that the exposure is not indifferent to the body and may adversely affect my health.**

Ja niżej podpisany wyrażam świadomą zgodę na badanie diagnostyczne za pomocą TK z użyciem promieniowania jonizującego wiedząc, że narażenie nie jest obojętne dla organizmu i może wywołać skutki negatywne dla zdrowia.

I declare that I did not withheld any information about the state of my health, course of treatment, illnesses and drug treatments;  
Oświadczam, że nie zataiłem (am) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekarstwach

I declare that within 6 hours I have not eaten anything. Before the scan a patient should have unlimited access to inert fluids (still water);  
Oświadczam, że w ciągu 6 godzin nie przyjmowałem(am) pokarmów. Pacjenci powinni przed badaniem mieć nieograniczony dostęp do płynów obojętnych (woda niegazowana);

Date and legible signature of the patient / legal guardian <sup>1</sup>  
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna ustawowego

.....

<b>In the case of bringing your medical documentation please tick:</b> TYPE AND NUMBER OF PROVIDED DOCUMENTATION (MRI, CT scan, X-RAY, USG, PET, other) W przypadku pozostawienia poprzedniej dokumentacji proszę zaznaczyć: RODZAJ i ILOŚĆ DOSTARCZONEJ DOKUMENTACJI BADANIA ( MR, TK, RTG, USG, PET, inne)		
CD.....	Plate.....	Paper documents.....

Date and legible signature of the patient / legal guardian <sup>1</sup>  
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna ustawowego

.....

Date, stamp and signature of a doctor performing scan  
Data, pieczętka, podpis lekarza wykonującego badanie

.....

<sup>1</sup> In case of minors: - under 16 – declaration should be signed by legal guardian, 16-18 years of age - declaration should be signed by patient and legal guardian

<sup>1</sup>W przypadku Pacjentów niepełnoletnich: - poniżej 16 – go roku życia - oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjenta - w wieku 16 - 18lat - oświadczenie podpisuje Pacjent i jego ustawowy przedstawiciel.

Approved by: Medical Director

Version 2; Valid from 19.12.2016