



BADANIE TK BEZ UŻYCIA KONTRASTU

INFORMACJA DLA PACJENTA / ZGODA NA BADANIE

Badanie tomografii komputerowej (TK) jest wysokospecjalistycznym medycznym badaniem diagnostycznym, w którym obrazy uzyskiwane są przy użyciu promieniowania rentgenowskiego. Dawka promieniowania jest różna dla różnych okolic anatomicznych, ale dopuszczalna dla celów diagnostycznych. Badanie TK jest bezbolesne, stosunkowo nieinwazyjne i krótkotrwałe - w zależności od rodzaju badania trwa od kilku do kilkunastu minut.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Do badania TK bez użycia środka kontrastowego nie jest wymagane szczególne przygotowanie, nie trzeba być na czczo. Nie należy zmieniać dotychczasowego leczenia farmakologicznego (normalnie zażyć leki).



Pacjent powinien ubrać się w wygodną odzież, bez metalowych elementów (paska, guzików itd.) oraz powinien unikać zakładania biżuterii (kolczyków, łańcuszka) w dniu badania.



Należy zabrać ze sobą wyniki dotychczasowych badań obrazowych badanej okolicy - TK, MR, RTG (zdjęcia, płyty CD) oraz wypisy z pobytów szpitalnych.

PRZEBIEG BADANIA

Podczas badania pacjent kładzie się na platformie - stole, który wjeżdża do aparatu TK. Niektórzy pacjenci mogą odczuwać dyskomfort powodowany koniecznością leżenia przez kilkanaście minut w bezruchu. Podczas badania pacjent cały czas pozostaje w zasięgu wzroku personelu pracowni i ma z nim możliwość kontaktu głosowego. W czasie badania konieczne jest stosowanie się do poleceń głosowych personelu.

PRZECIWWSKAZANIA

Względny przeciwwskazaniem do wykonania badania TK jest:

- ciąża, z uwagi na szkodliwy wpływ tego promieniowania na rozwój płodu i możliwość wystąpienia wad rozwojowych płodu i dziecka po urodzeniu,
- badanie u pacjentów, którzy nie mogą dłużej pozostawać w pozycji leżącej.

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL (lub rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania tomografii komputerowej bez podania środka kontrastowego

Data czytelny podpis pacjenta/ opiekuna*

Oświadczam, że nie jestem w ciąży (dotyczy kobiet)

Data czytelny podpis pacjenta/ opiekuna*

* niepotrzebne skreślić