

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM MAMMOGRAFII SPEKTRALNEJ

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane w celu bezpiecznego wykonania badania mammografii spektralnej.

Ankiety wypełnia pacjent lub jego prawny opiekun.

IMIE I NAZWISKO :.....PESEL:.....

Czy w przeszłości było wykonywane badanie MMG? **TAK** **NIE**

Czy w przeszłości było wykonywane inne badanie z podaniem kontrastu? **TAK** **NIE**

(np. mammografia spektralna, koronarografia, TK)

Czy w przeszłości były komplikacje po dożylnym podaniu środka kontrastowego ? **TAK** **NIE**

Jeżeli były komplikacje to jakie?

Czy choruje Pan (i) na choroby nerek? **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Czy choruje Pan(i) na choroby płuc (np. astma oskrzelowa) **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Czy choruje Pan (i) na choroby tarczycy? **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Czy występują lub występowały alergie (uczulenia)? **TAK** **NIE**

Jeżeli wystąpiły to na co : leki, pokarmy , kontrast, inne?.....

Czy miał/mała Pan/Pani wykonane zabiegu chirurgiczne? Jeśli tak to jakie.....

Oświadczam (pacjent lub prawny opiekun), że według mojej wiedzy w dniu badania mammografii spektralnej?

JESTEM W CIĄŻY **NIE JESTEM W CIĄŻY** **PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIĄŻY**

Oświadczenie pacjenta lub prawnego opiekuna:

Zgadzam się na badanie MMG z dożylnym podaniem środka kontrastowego

TAK **NIE**

Zgadzam się na badanie MMG, bez dożylnego podania środka kontrastowego

TAK **NIE**

Oświadczam, iż w dniu badania:

NIE PRZEBYWAM W SZPITALU

JESTEM W TRAKCIE LECZENIA SZPITALNEGO

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane odpowiedzi są zgodne z prawdą. Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zostałem poinformowany o procedurze badania, także o potrzebie podania dożylnie środka kontrastowego w czasie badania i świadomie zgadzam się na wykonanie badania.

Podpis pacjenta / prawnego opiekuna Data

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data badania:Nr badania :

Rodzaj badania :.....Waga pacjenta:kg

Dokumentacja pozostawiona przez pacjenta do badania mammografii spektralnej:

POPZEDNIE BADANIA	
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna	
Poziom kreatyniny	brak wyniku <input type="checkbox"/>
EGFR	brak wyniku <input type="checkbox"/>
Zalecam dożylnie podanie ml środka kontrastowego	

..... Lekarz – podpis i pieczętka Technik/pielęgniarka – podpis i pieczętka
--------------------------------------	--