

ANKIETA DLA PACJENTA

Nazwisko i imię Pacjenta:.....

PESEL:

Data:

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne i czytelne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana(Panią) informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ - X	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne (lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy? Jeśli TAK , proszę wymienić jakie:		
Czy choruje Pan(i) na choroby nerek?		
Czy choruje Pan(i) na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia?		
Czy choruje Pan(i) na astmę lub POChP?		
Czy choruje Pan(i) na cukrzycę? Jeśli TAK , proszę wymienić jakie leki Pan(i) przyjmuje:		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy jest Pani (dotyczy kobiet) w ciąży?		
Czy została Panu (Pani) przekazana informacja o możliwości podania dożylnego środka kontrastowego?		

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą.

TAK

NIE

Miejscowość i data

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Podpis dziecka po ukończeniu 16 roku życia
