

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

- wyrażam zgodę na wykonanie badania z użyciem promieniowania rentgenowskiego oraz na dożylnie podanie środka kontrastowego zawierającego jod;
- jestem poinformowana/y o możliwości wystąpienia niepożądanych objawów ubocznych pod postacią: *nudności, wymiotów, zaczerwienienia skóry i uczucia gorąca, reakcji bólowej, dreszczy, gorączki, pocenia, zawrotów głowy, duszności i utrudnionego oddychania, wzrostu ciśnienia krwi, świądu i wykwitów skórnych, kichania, łzawienia aż do reakcji wstrząsowej włącznie;*
- nie jestem w ciąży;
- nie leczę się/nie leczyłem(am) się na nadczynność tarczycy i na choroby nerek uniemożliwiające podanie środka kontrastowego zawierającego jod;
- jestem na czczo;
- jestem poinformowany o konieczności picia 3 litrów niegazowanego napoju dziennie na 3 dni przed i 3 dni po badaniu TK z użyciem środka kontrastowego;

czytelny podpis pacjenta.....

		Norma
poziom kreatyniny		
współczynnik GFR		

(W przypadku podwyższonego poziomu kreatyniny we krwi / obniżonego współczynnika GFR):

Zostałem poinformowany o szkodliwości działania środków kontrastowych oraz o możliwości uszkodzenia nerek do niewydolności nerek włącznie.

.....
/lekarz radiolog/

.....
/podpis pacjenta/