

**Załącznik nr 7**

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

Tomografia Komputerowa  
serca i tętnic wieńcowych

**ANKIETA - BADANIE TK SERCA****INFORMACJA DLA PACJENTA**

Badanie TK serca składa się z trzech etapów następujących po sobie. Pierwszy z nich przebiega bez kontrastu, dwa kolejne wymagają dożylnego podania jodowego środka kontrastującego. Kontrast jodowy podawany jest w celu uwidocznienia światła naczyń krwionośnych. Podanie środka kontrastującego jest odczuwane jako krótkotrwała fala ciepła/gorąca rozchodząca się po całym ciele wraz z napływem krwi. W końcowej fazie uczucie ciepła w okolicy krocza może sprawiać wrażenie popuszczenia moczu.

W trakcie badania rutynowo podawana jest nitrogliceryna w postaci aerozolu pod język. Jej działanie powoduje zwiększenie średnicy naczyń wieńcowych, co ułatwia ich ocenę. Podanie nitrogliceryny może powodować krótkotrwałe uczucie ciepła w obrębie twarzy, ból i zawroty głowy.

Podstawowe znaczenie dla jakości uzyskanych obrazów ma miarowa i wolna praca serca około 60 uderzeń/minutę. Z tego powodu, w przypadku zbyt szybkiej akcji serca, może zaistnieć potrzeba podania leku z grupy beta-blokerów w celu uzyskania optymalnej pracy serca.

Czas badania jest zależny od czasu ustabilizowania pracy serca i waha się w przedziale 10 – 30 min. W niektórych przypadkach zaburzenia rytmu serca uniemożliwiają skuteczne obrazowanie serca i tętnic wieńcowych metodą tomografii komputerowej – wówczas odstępuje się od wykonania badania.

**WYPEŁNIA PACJENT****Czy występuje u Pani / Pana ból w klatce piersiowej o poniższych cechach?**

(proszę zaznaczyć w kółko właściwą odpowiedź):

|                                                                                                                                                 |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ucisk, uczucie dławienia lub gniecenia                                                                                                          | TAK | NIE |
| umiejscowiony za mostkiem, może promieniować do szyi, żuchwy lub ramion (zwykle lewego), może być zlokalizowany również w górnej części brzucha | TAK | NIE |
| jest wywoływany przez wysiłek fizyczny lub stres emocjonalny                                                                                    | TAK | NIE |
| ustępuje w spoczynku                                                                                                                            | TAK | NIE |

Proszę określić jaki wysiłek go wywołuje (np. szybkie chodzenie po płaskim terenie – ile metrów, wchodzenie po schodach/ pod górę – ile pięter, stres emocjonalny, inne):

.....  
.....

Lubin, dnia .....

Podpis Pacjenta:.....

Imię i nazwisko .....

PESEL..... Telefon kontaktowy .....

**Przebyte zabiegi dotyczące serca** (proszę zaznaczyć w kółko właściwą odpowiedź):

|                                      |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Koronarografia                       | TAK | NIE |
| Angioplastyka (PTCA, stent)          | TAK | NIE |
| Operacja BY-PASS                     | TAK | NIE |
| Implantacja sztucznej zastawki serca | TAK | NIE |
| Inne – jakie?:.....                  |     |     |

**Przyjmowane aktualnie leki** (proszę wymienić i opisać dawkowanie) .....

.....

|                                                                                 |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy przebył/a Pan/Pani zawał serca?                                             | TAK | NIE |
| Czy dzisiaj rano przyjęła Pani/Pan leki wg ustalonego dawkowania?               | TAK | NIE |
| Czy były przeprowadzane badania z zastosowaniem kontrastu?                      | TAK | NIE |
| Czy w przeszłości wystąpiła reakcja alergiczna po podaniu środka kontrastowego? | TAK | NIE |

**Czynniki ryzyka zawału serca** (proszę zaznaczyć w kółko właściwą odpowiedź):

|                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Palenie papierosów                  | TAK | NIE |
| Cukrzyca                            | TAK | NIE |
| Nadciśnienie tętnicze               | TAK | NIE |
| Podwyższone stężenie cholesterolu   | TAK | NIE |
| Rodzinne występowanie zawałów serca | TAK | NIE |

## **WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY PRACOWNI**

Parametry życiowe:

częstość tętna [1/min]: ..... wzrost [cm]: .....

ciśnienie tętnicze [mmHg]: ..... masa ciała [kg]: .....

Dane z badania: numer: ..... technik/pielęgniarka.....

kontrast: ..... objętość[ml]: .....

podano na zlecenie:

1.....

2.....

3.....

.....  
(podpis i pieczęć personelu wykonującego badanie)