



Specjalistyczny Szpital
Wojewódzki w Ciechanowie

Załącznik Nr 1/7

FORMULARZ ZGODY NA BADANIE RADIOLOGICZNE WYMAGAJĄCE PODANIA ŚRODKÓW KONTRASTOWYCH DO UKŁADU MOCZOWEGO.

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Rodzaj badania.....

Jednostka kierująca.....

Badanie, które Pani / Panu proponujemy, wymaga Państwa zgody. Aby ułatwić decyzję informujemy w tym formularzu o badaniu i ewentualnych powikłaniach.

Cystografia jest to badanie radiologiczne układu moczowego polegające na podaniu środków kontrastowych przez założony do pęcherza moczowego cewnik, a następnie na wykonaniu zdjęć rentgenowskich. Podanie środków kontrastowych pozwala uwidocznić pęcherz moczowy, cewkę moczową i obecność ewentualnych odpływów pęcherzowo – moczowodowych.

Pielografia jest to radiologiczne badanie miedniczek nerkowych i moczowodu. Do cewnika moczowodowego założonego przez urologa, podawany jest środek kontrastowy i następnie wykonywane są zdjęcia rentgenowskie.

Przygotowanie do badania i jego przeprowadzenie.

Cystografia – przed badaniem konieczne jest założenie cewnika typu Folley do pęcherza moczowego. Cewnik jest zakładany na oddziale, na którym przebywa chory. Następnie do cewnika, już w ZDO, jest podawany płyn fizjologiczny ze środkiem kontrastowym w celu wypełnienia pęcherza moczowego. Po jego wypełnieniu wykonywane są zdjęcia rentgenowskie i kolejne podczas oddawania moczu.

Pielografia – przed badaniem zakładany jest cewnik moczowodowy, następnie już w ZDO do cewnika podawany jest środek kontrastowy i wykonywane są zdjęcia rentgenowskie.

Przed rozpoczęciem badania i w jego trakcie, personel pracowni diagnostycznej udzieli informacji jak należy się zachować (ewentualne usunięcie protez zębowych, wyjęcie metalowych przedmiotów, zdjęcie części ubrania, biżuterii).

Możliwe powikłania.

Powikłania po podaniu środków kontrastowych do układu moczowego praktycznie nie występują. Niekiedy może pojawić się niewielkie podrażnienie. Czasem po usunięciu cewnika Folley'a pacjent może zgłaszać pieczenie cewki moczowej. Sporadycznie mogą wystąpić inne, niewymienione w tym formularzu powikłania.

Aby ograniczyć do minimum możliwość wystąpienia powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

- 1) Czy miał/a Pan/Pani podawane kiedykolwiek środki kontrastowe?

TAK NIE

- 2) Jeśli tak, to czy wystąpiły po podaniu środków cieniujących jakiegokolwiek niepokojące objawy?

TAK NIE

- 3) Jeśli wystąpiły – proszę wymienić jakie

Imię i nazwisko pacjenta.....

4) Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na leki?

TAK NIE

Jeśli tak to jakie.....

5) Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?

TAK NIE

6) Czy karmi Pani piersią?

TAK NIE

7) Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę (TAK, NIE), na choroby nerek (TAK, NIE), na choroby tarczycy (TAK, NIE)?

8) Czy ma Pan/Pani dodatkowe pytania?

TAK NIE

Postępowanie po badaniu.

Po badaniu cystografii cewnik jest usuwany z cewki moczowej.

Po badaniu pielografii o usunięciu cewnika moczowodowego decyduje lekarz prowadzący na oddziale urologii.

Oświadczenie pacjenta.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania radiologicznego wymagającego podania środków kontrastowych do układu moczowego. Uzyskałem/łam wystarczające informacje dotyczące proponowanego badania, zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem kierującym na badanie w sposób nie budzący żadnych wątpliwości. Zapoznałem/łam się z informacjami zawartymi w tym formularzu. Zostały spełnione wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat badania cystografii / pielografii oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania badania albo ewentualnych skutków jego zaniechania. Znane mi są możliwe powikłania.

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie badania..... oraz na docewnikowe podanie środka kontrastowego.

.....

data czytelnym podpisem pacjenta lub opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na wykonanie badania.....

Zostałem/łam poinformowany/a o możliwych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

data pieczętka i podpis lekarza czytelnym podpisem pacjenta
lub opiekuna prawnego