



Centrum Diagnostyki Obrazowej EPIONE

EPIONE – Tysiąclecie , ul. Zawiszy Czarnego 7a, 40-873 Katowice

Kontakt telefoniczny – (32) 411 00 00

Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godzinach: 8:00 - 18:00

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO BADANIA TK

1. Pacjent nie powinien spożywać pokarmów na 6 godzin przed badaniem i nie spożywać płynów na 3 godziny przed badaniem.
2. Pacjent zażywający leki „na stałe” zobowiązany jest do zażycia ich rano przed badaniem.
3. Pacjenci zażywający Metforminę powinni odstawić lek przed badaniem, do którego wymagane jest podanie kontrastu, podawanie leku można wznowić nie wcześniej niż po 48 godzinach od badania.
4. Aby nawodnić organizm przed badaniem, Pacjent jest zobowiązany do spożywania dużej ilości płynów dzień przed badaniem i w dniu badania.
5. Muszą upłynąć 3 doby po badaniu kontrastowym z barytem przewodu pokarmowego.
6. Jeżeli Pacjent ma mieć wykonywane badanie jamy brzusznej i miednicy małej, powinien zgłosić się na 1 godzinę przed wyznaczoną godziną badania w celu picia wody z kontrastem.
7. Przed badaniem z podaniem środka kontrastowego dożylnie, wymagany jest aktualny wynik poziomu kreatyniny.
8. Pacjenci chorujący na nadczynność tarczycy powinni posiadać aktualne (nie starsze niż miesiąc) zaświadczenie od endokrynologa o braku przeciwwskazań do dożylnego podania kontrastu, oraz aktualny wynik TSH.

WYMAGANA DOKUMENTACJA

1. Skierowanie na badanie TK uwzględniające dane osobowe, wyniki badań dodatkowych oraz wyraźną odpowiedź na pytanie – co badanie ma wyjaśnić.
2. Pełna dokumentacja badań diagnostycznych wykonanych przed obecnym badaniem (wypisy, opisy poprzednich badań z płytami CD lub zdjęcia RTG badanej okolicy).

Oświadczam, że nie jestem w ciąży:

.....
podpis Pacjentki lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badanie TK:

.....
podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a) o możliwości powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego i mimo to wyrażam zgodę na wykonanie badania TK z kontrastem.

.....
data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany (-a) o cenie badania i wyrażam zgodę na pokrycie jego kosztów. Oświadczam, że mimo posiadanego skierowania na badanie TK w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chcę mieć wykonane badanie pełnopłatne. Ze względu na krótki termin oczekiwania świadomie rezygnuję z refundacji świadczenia przez NFZ i nie będę z tego powodu wnosił żadnych roszczeń

WYNIK ODEBRANO

.....
data i podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data i podpis