



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE
UROGRAFII DOŻYLNEJ**

Imię i nazwisko pacjentki																
PESEL															Numer Księgi Głównej	

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI ZABIEGU / DIAGNOSTYKI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani /podejrzewa się u Pani

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej stwierdzono u Pani wskazania medyczne do wykonania badania UROGRAFII dożylniej

**2. OCZEKIWANE KORZYŚCI / ROKOWANIE ORAZ SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA
PROPONOWANEGO BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO / PROPONOWANE ALTERNATYWNE
METODY DIAGNOSTYCZNE:**

Wypełnia lekarz klinicysta:

3. UROGRAFIA

Polega na dożylnym podaniu przez lekarza radiologa jodowego środka cieniującego, który pozwala uwidocznić pracę całego układu moczowego. Badanie poprzedzone jest zawsze zdjęciem przeglądowym jamy brzusznej. Urografię wykonuje się u pacjentów z zaburzeniami układu moczowego i przed zabiegami chirurgicznymi. Rutynowo badanie trwa do 25 minut od czasu podania środka cieniującego. Sposób prowadzenia urografii zależy od przyczyny badania i od nieprawidłowości pojawiających się w trakcie badania. Zdjęcia wykonuje technik rtg, a kontroluje i modyfikuje lekarz radiolog, który w razie konieczności zaleca dodatkowe projekcje i wydłuża czas badania.

4. RYZYKO ZDROWOTNE, KTÓRE MOŻE WYSTĄPIĆ PODCZAS BADANIA UROGRAFII:

W przypadku podania dożylnego środka cieniującego mogą wystąpić działania niepożądane:

- Lekkie – niewymagające leczenia: uczucie gorąca, nudności, kichanie, pocenie się;
- Umiarkowane – wymagające prostych interwencji terapeutycznych: wymioty, pokrzywka, omdlenie, ból głowy;
- Ciężkie – zagrażające życiu, wymagające podjęcia natychmiastowych działań ratunkowych: drgawki, obrzęk płuc, zatrzymanie oddechu, zatrzymanie krążenia, wstrząs anafilaktyczny;

Do takiego badania Pacjent powinien być nawodniony, tzn. pić płyny przez 6 godzin przed badaniem. Na 2 godz. przed badaniem nie należy spożywać pokarmów. Po podaniu dożylnym środka cieniującego może



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE
UROGRAFII DOŻYLNEJ**

pojawić się uczucie gorąca, metalicznego smaku w ustach, zaczerwienienie twarzy, w przypadku niepokojących odczuć należy powiadomić o tym personel medyczny.

Według zaleceń producentów środków cieniujących Pacjentki karmiące nie powinny karmić przez 24 godziny.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania jest ciąża.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym do podania *środku cieniującego* jest:

Brak pisemnej, świadomej zgody na wykonanie badania, ostre wole toksyczne tarczycy, ciąża, uczulenie na jod (konieczne jest zgłoszenie takiego faktu personelowi medycznemu Pracowni).

Przeciwwskazaniem względnym może być uczulenie na leki, środki kontrastowe wcześniej podawane, ostra i przewlekła niewydolność krążenia, nerek i wątroby, wywiad alergiczny, niewyrównana nadczynność tarczycy, zażywanie leków z grupy β -blokerów, grupy biguanidów, Interleukiny 2 / Interferonu.

Wszystkie zaistniałe sytuacje należy zgłosić personelowi medycznemu Pracowni przed wykonaniem badania.

W przypadku wątpliwości, należy je wyjaśnić z lekarzem kierującym na badanie lub z personelem medycznym Pracowni.

Nie należy rezygnować z przyjmowania leków stosowanych przewlekłe poza lekami wymienionymi wyżej.

Pełne informacje, co do zażywania leków przed badaniem należy uzyskać u lekarza kierującego na badania.

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem środka cieniującego przez okres 15-30 minut.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji.

Nie zgadzam się na proponowaną mi metodę diagnostyczną.

Data oraz podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE
UROGRAFII DOŻYLNEJ**

5. ANKIETA zebrana w Pracowni RTG przed podaniem środka cieniującego:

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź - x	TAK	NIE
Czy jest Pani uczulona na jod, preparaty jodu?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje alergiczne (lub inne powikłania) na leki, środki kontrastowe, pokarmy? Jeśli TAK, proszę wymienić, jakie:		
	TAK	NIE
Czy jest Pani na czczo? Jeśli nie, ile godzin pozostaje Pani bez posiłku/spożywania płynów:		
Czy choruje Pani na choroby tarczycy?		
Czy choruje Pani na choroby nerek?		
Czy choruje Pani na nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia?		
Czy choruje Pani na cukrzycę? Jeśli Tak, proszę wymienić jakie leki Pani przyjmuje:		
Czy kiedykolwiek miała Pani wykonane badanie TK/MR/ANGIOGRAFIĘ Jeśli Tak, kiedy było/były wykonane badania?		
Czy po podaniu środku cieniującego wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy została Pani przekazana informacja o możliwości podania środku		

*niepotrzebne skreślić



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE
UROGRAFII DOŻYLNEJ**

<i>cieniującego?</i>		
Czy aktualnie przebywa Pani w szpitalu?		
Jeśli Tak, proszę podać placówkę, oddział:		
.....		
...		
.....		
...		

Jeżeli wg w/w ankiety występuje duże ryzyko ciężkich powikłań badania urograficznego z podaniem dożylnym środka cieniującego, lekarz radiolog w porozumieniu z lekarzem klinicystą odstępuje od wykonania badania.

.....
Podpis i pieczęć lekarza klinicysty

.....
Podpis i pieczęć lekarza radiologa

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią drspełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat:
 - rozpoznania
 - proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych
 - dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
 - rokowania.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania urograficznego

Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na badanie.

Data oraz podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE
UROGRAFII DOŻYLNEJ

KARTA ZLECEŃ LEKARZA	Data:		Uwagi
Opis leku (nazwa, dawka, postać, droga podania)	Pieczęć i podpis lekarza	Potwierdzenie podania/ godzina (Podpis i pieczętka wykonującego)	