



Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL/Data urodzenia*: _____ Waga _____ Wzrost _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

Stężenie kreatyniny w osoczu krwi _____ Wartość wskaźnika GFR _____
Data badania kreatyniny _____ Poziom TSH (w przypadku nadczynności tarczycy) _____
Data wykonania badania urografii _____

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED WYKONANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

W trosce o Państwa bezpieczeństwo oraz zapewnienie jakości realizowanego badania tomografii komputerowej prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Poprawną odpowiedź proszę zakreślić w kółko.

Czy miał Pan/ Pani wykonywane badanie TK?	Tak	Nie
Czy miał Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem kontrastu?(TK, MR, urografia)	Tak	Nie
Czy występują u Pana/Pani uczulenia na jod, leki, pokarmy. Jeśli tak proszę podać na co _____	Tak	Nie
Czy po podaniu środka kontrastowego jodowego(TK) lub gadolinowego(MR) wystąpiły jakiegokolwiek powikłania? Jeśli tak proszę podać jakie _____	Tak	Nie
Czy choruje Pan/Pani na któreś z poniższych schorzeń?		
- cukrzyca	Tak	Nie
- choroby nerek	Tak	Nie
- choroby wątroby	Tak	Nie
- choroby układu krążenia	Tak	Nie
- choroby tarczycy	Tak	Nie
- astma lub inne choroby płuc	Tak	Nie
- choroby układu nerwowego (padaczka, utrata przytomności)	Tak	Nie
- choroby zakaźne np. żółtaczka	Tak	Nie

[Dotyczy kobiet](#)

**niepotrzebne skreślić*



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Centrum Diagnostyki Radiologicznej

Wydanie II obow. od 27.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 27.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy karmi Pani piersią?	Tak	Nie

[W przypadku pozostawienia dokumentacji poprzednich badań proszę zaznaczyć rodzaj i ilość dołączonej dokumentacji](#)

CD/DVD	Dokumentacja papierowa	inne
--------	------------------------	------



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA RADIOLOGICZNEGO Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO

I. PISEMNA INFORMACJA DLA PACJENTA - BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

1. Opis badania tomografii komputerowej

Tomografia Komputerowa to nieinwazyjne badanie pozwalające uzyskać szczegółowe obrazy wnętrza ciała, umożliwiając ocenę narządów, tkanek oraz struktur kostnych w różnych płaszczyznach. Dzięki zastosowaniu promieniowania rentgenowskiego oraz specjalistycznego oprogramowania, tomograf generuje precyzyjne przekroje badanego obszaru, co znacząco zwiększa szanse na wykrycie nawet niewielkich zmian chorobowych.

Promieniowanie rentgenowskie nie jest obojętne dla organizmu, badanie wykonywane jest tylko wówczas, gdy istnieją wyraźne wskazania do jego wykonania. W diagnostyce TK dawki są stosunkowo małe, a ryzyko biologiczne – bardzo niskie w porównaniu z korzyściami klinicznymi. Stosowanie zasad ochrony radiologicznej i nowoczesnych technologii pozwala znacząco ograniczyć dawkę.

Badanie może być wykonane bez lub z podaniem środka kontrastowego. O podaniu środka kontrastowego decyduje lekarz radiolog. Podstawą do podania środka kontrastowego są: wskazania kliniczne ze skierowania oraz ocena fazy badania wykonanej bez kontrastu. Środek kontrastowy podaje się najczęściej dożylnie, czasem konieczne jest podanie środka cieniującego doustnie lub do innych jam ciała.

Badanie TK wykonywane jest w pozycji leżącej na stole, który wjeżdża do wnętrza tomografu. Pacjent ma możliwość kontaktu z personelem medycznym. W trakcie trwania badania można zgłaszać wszelkie nagłe dolegliwości. Podczas całego badania pacjent leży nieruchomo. Badanie jest bezbolesne i trwa od kilku do kilkunastu minut, w zależności od protokołu badania.

Ponieważ tomografia komputerowa wykorzystuje promieniowanie jonizujące, w celu jej wykonania potrzebne jest skierowanie od lekarza. Także z tego powodu tomografia nie może być wykonywana u kobiet w ciąży ze względu na szkodliwy wpływ promieniowania rentgenowskiego na rozwój płodu. Badanie u kobiet ciężarnych mogą być wykonywane tylko w stanie zagrożenia zdrowia lub życia kobiety za jej świadomą zgodą.

Po badaniu z kontrastem pacjent pozostaje przez 30 minut na obserwacji.

2. Alternatywne metody diagnostyczne

W zależności od wskazań klinicznych alternatywnymi metodami diagnostycznymi mogą być:

- rezonans magnetyczny,
- ultrasonografia,
- klasyczne RTG,
- badania endoskopowe,
- inne metody obrazowe zgodnie z decyzją lekarza.

Pacjent został poinformowany, że wybór metody diagnostycznej zależy od wskazań medycznych oraz indywidualnej sytuacji klinicznej.

3. Przygotowanie do badania tomografii komputerowej

Zaleca się pozostawać na czczo przez 4-5 godzin przed badaniem, a w ciągu godziny przed nim wypić około 0,5- 1,0 litra wody niegazowanej. Picie wody jest także zalecane po badaniu z podaniem kontrastu, gdyż ułatwia jego eliminację z organizmu. W tym celu dobrze jest wypić co najmniej 2,5 litra wody w ciągu następnych 24 godzin.

Do wykonania badania z kontrastem niezbędne jest sprawdzenie poziomu kreatyniny we krwi. Badanie kreatyniny



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

powinno być wykonane nie wcześniej niż 3 miesiące przed planowaną tomografią komputerową a u pacjentów hospitalizowanych 7 dni.

Niezastosowanie się do zaleceń dotyczących przygotowania do badania może skutkować obniżeniem jego wartości diagnostycznej lub koniecznością jego powtórzenia.

4. Przeciwwskazania do badania tomografii komputerowej

Za główne przeciwwskazania do wykonania tomografii komputerowej uznaje się ciążę oraz brak możliwości pozostania w pozycji leżącej. Ponadto nie powinno się wykonywać TK z kontrastem w przypadku:

- niewydolności wątroby lub nerek,
- nadwrażliwości na jodowe środki cieniujące,
- ostrej i przewlekłej niewydolność krążenia,
- powikłań po poprzednim podaniu kontrastu,
- nieuregulowanym nadciśnieniu tętnicze.

Dodatkowe ograniczenia techniczne wykonania badania mogą obejmować:

- przekroczenie limitu wagowego stołu (do 300 kg),
- zbyt duży obwód ciała (pacjent nie mieści się w gantry, śr. gantry 70 – 78 cm),
- niemożność leżenia nieruchomo (ból, duszność, pobudzenie),
- brak współpracy z personelem.

W przypadku wystąpienia powyższych ograniczeń badanie może nie zostać wykonane lub może zostać przerwane.

5. Opis zdarzeń niepożądanych związanych z badaniem Tomografii komputerowej

Skutki uboczne związane z promieniowaniem:

- chociaż TK wykorzystuje promieniowanie jonizujące, dawka jest zazwyczaj niska i ryzyko powikłań jest minimalne, szczególnie przy jednorazowym badaniu,
- długotrwałe narażenie na promieniowanie może zwiększać ryzyko nowotworu, ale jest to ryzyko bardzo niskie przy standardowych badaniach.

Skutki uboczne związane z podaniem kontrastu:

Skutki uboczne mogą odczuwać pacjenci, u których konieczne było podanie kontrastu. Bezpośrednio po jego zaaplikowaniu mogą pojawić się uderzenia gorąca i nietypowy, metaliczny posmak w ustach. Pozostałe skutki uboczne są odczuwane bardzo rzadko:

- wymioty, nudności, zmiany skórne, (zaczerwienienie skóry, swędzenie, pokrzywka, rumień), kichanie, kaszel, chrypka, wynaczynienie -dolegliwości łagodne,
- dreszcze, obrzęk twarzy lub krtani, skurcze oskrzeli, omdlenia, -dolegliwości umiarkowane,
- zatrzymanie oddechu, wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie akcji serca, arytmia - dolegliwości poważne,
- nefropatia pokontrastowa (pogorszenie funkcji nerek).



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

6. Następstwa rezygnacji z proponowanego badania

Brak wykonania badania może skutkować:

- opóźnieniem rozpoznania raka piersi,
- niewykryciem zmian we wczesnym stadium,
- pogorszeniem rokowania,
- koniecznością zastosowania bardziej inwazyjnych metod leczenia.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

II. OŚWIADCZENIA - BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

1. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego badania tomografii komputerowej

W dniu ____/____/_____/ przeprowadzono ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia pracownika medycznego, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu badania oraz ryzyku powikłań jego wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego badania, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty badania nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta, a także że wartość diagnostyczna proponowanego badania tomografii komputerowej jest ograniczona.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań pracownika medycznego po badaniu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem badania udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji w uzupełnionej przeze mnie ankiecie oraz na pytania, które zadano mi w trakcie wywiadu, w tym odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania tomografii komputerowej

☐

z podaniem jodowego środka kontrastowego podczas badania tomografii komputerowej.

☐

bez podania jodowego środka kontrastowego podczas badania tomografii komputerowej.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania tomografii komputerowej.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania tomografii komputerowej. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

2. Oświadczenie osoby udzielającej wyjaśnień oraz przyjmującej zgodę

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi informacje planowanym badaniu zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowane badanie.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

czytelny podpis pracownika medycznego

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* na przeprowadzenie proponowanego **badania tomografii komputerowej oraz podanie jodowego środka kontrastowego podczas badania tomografii komputerowej** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data

czytelny podpis pracownika medycznego

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

3. Oświadczenie lekarza nadzorującego badanie

Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z informacjami zawartymi w dokumencie dotyczącym zgody Pacjenta na wykonanie badania z podaniem jodowego środka kontrastowego.

data

pieczęć i podpis lekarza nadzorującego badanie

4. Adnotacja o uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie badania tomografii komputerowej oraz podanie jodowego środka kontrastowego podczas badania tomografii komputerowej.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu)

data

podpis i pieczęć lekarza



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASUJĄCEGO, LEKU W CENTRUM DIAGNOSTYKI RADIOLOGICZNEJ

zlecenie podania środka kontrastującego, leku	nazwa	objętość (ml)	droga podania
kontrast			
lek			
lek			
lek			

data i godzina

czytelny podpis i pieczęć
lekarza radiologa nadzorującego badanie
i zlecającego podanie środka kontrastującego

data i godzina

czytelny podpis pielęgniarki
podającej środek kontrastujący

data i godzina

czytelny podpis elektroradiologa
wykonującego badanie