

SKIEROWANIE DO PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ



SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1
im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
rejestracja tel. 52/585 4688, 52/585 4999, 52/585 4685
fax. 52/585 4050

dane jednostki kierującej

data zlecenia	data wpływu skierowania	wyznaczony termin	pieczętka i podpis rejestratorki

WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

DANE PACJENTA	
Imię i nazwisko: PESEL:	
adres: data urodzenia:	
telefon: ciężar ciała: wiek: płeć:	
rozpoznanie kliniczne: ICD-10:	
BADANIE	
rodzaj badania/zabiegu:	
co badanie ma wyjaśnić:	
poprzednio wykonane badania/zabiegi:	

WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

BADANIE		
data badania:	pieczętka i podpis elektroradiologa:	pieczętka i podpis lekarza kierującego:
PODANIE ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO		
pieczętka i podpis lekarza kierującego:	pieczętka i podpis pielęgniarki:	
rodzaj środka kontrastującego: objętość (ml):		
uwagi:		

Czy u pacjenta występują (wypełnia lekarz kierujący wspólnie z pacjentem):

Umiarkowana lub ciężka (wymagająca leczenia) reakcja na jodowy środek kontrastowy w wywiadzie ¹⁾
Uczulenie wymagające leczenia w wywiadzie¹⁾
Astma oskrzelowa¹⁾
Jawna nadczynność tarczycy²⁾
Niewydolność serca NYHA > II
Cukrzyca
Choroby nerek w wywiadzie, białkomocz
Szpiczak mnogi
Nadciśnienie tętnicze
Dna moczanowa
Przyjmowanie metforminy³⁾
Leki (proszę podkreślić przyjmowany lek): leki przeciwbólowe (NPLZ)³⁾, aspiryna³⁾, aminoglikozydy³⁾, leki moczopędne, inhibitory enzymu konwertującego, antagoniści receptora angiotensyny II, interleukina 2

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

1) Zalecana premedykacja: 30 mg prednizolonu (lub 32 mg metyloprednizolonu) p.o. na 12 i 2 godziny przed podaniem środka kontrastującego

2) Konieczna konsultacja endokrynologiczna

3) Zaznaczone leki nefrotoksyczne należy odstawić na 48 godz. przed badaniem i włączyć po 48 godzinach po badaniu pod warunkiem wykluczenia nefropatii pokontrastowej. W przypadku przyjmowania metforminy i eGFR ≥ 45 ml/min/1,73 m² nie należy odstawiać metforminy.

W przypadku eGFR < 30 ml/min/1,73 m² lub przyjmowania metforminy i eGFR < 45 ml/min/1,73 m² badania i zabiegi z użyciem środka kontrastującego wykonywane są jedynie w trybie hospitalizacji.

INFORMACJA DLA PACJENTA

W ramach radiologii zabiegowej wykonuje się procedury diagnostyczne i terapeutyczne z użyciem potencjalnie szkodliwego promieniowania jonizującego. **U kobiet w ciąży** mogą być wykonywane jedynie w sytuacji ratowania życia. Badania trwają od 30 do 120 minut. Prosimy o dostarczenie wyników poprzednio wykonanych badań obrazowych (USG, RTG, TK, MR, scyntygrafia, PET) w postaci opisu i CD.

W przypadku zaplanowanego badania z zakresu radiologii interwencyjnej pacjent powinien zgłosić się na czczo, to jest powstrzymać się od jedzenia przez 6 godzin przed badaniem. W dniu badania należy zażyć wszystkie zwykle przyjmowane leki (z wyjątkiem insuliny) oraz wypić co najmniej 0,5 l wody na 2-3 godz. przed badaniem. Pacjenci przyjmujący insulinę proszeni są o omówienie postępowania z diabetologiem.

Po podaniu środka kontrastującego może wystąpić uczucie ciepła oraz, w rzadkich przypadkach, inne reakcje uboczne (nudności, wymioty, pokrzywka, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia). Powikłania występują najczęściej w ciągu 30 minut po podaniu środka kontrastującego, w związku z tym po badaniu pacjent pozostaje przez ten okres w pracowni pod obserwacją. Nie ma konieczności przerywania karmienia piersią po badaniu. U pacjentów z upośledzoną funkcją nerek może wystąpić późne, poważne powikłanie w postaci nefropatii pokontrastowej. Dlatego do badania wymagane jest dostarczenie aktualnego wyniku pomiaru stężenia kreatyniny we krwi. Wynik oznaczania kreatyniny jest ważny przez 3 miesiące.

Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie musi być wystawione osobiście przez pacjenta w Rejestracji. Istnieje również możliwość wysłania wyniku drogą pocztową (prosimy o zgłoszenie takiej prośby w Rejestracji).

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości wystąpienia działań niepożądanych i będąc tego świadomy(-a) wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania.

data i podpis pacjenta:

(w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)

Aktualne stężenie

kreatyniny w surowicy: eGFR (wg MDRD): ml/min/1,73 m² data badania:

pieczętka i podpis lekarza

kierującego i przyjmującego zgodę pacjenta: