

FORMULARZ ZGODY NA PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO

UWAGA!! PROSZĘ PRZECZYTAĆ TREŚĆ FORMULARZA A NASTĘPNIE CZYTELNICIE WYPEŁNIĆ POLA 1,2,3 NA DOLE STRONY.

Szanowna Pani ! Szanowny Panie !

Lekarze w Wielkopolskim Centrum Onkologii zdecydowali o konieczności wykonania u Pani/Pana badania z podaniem środka cieniującego. Ma to na celu postawienie możliwie pełnego rozpoznania, koniecznego do podjęcia właściwego leczenia.

Środki cieniujące podawane dożylnie powodują polepszenie jakości obrazu rentgenowskiego, umożliwiając uwidocznienie struktur anatomicznych i narządów wewnętrznych i tym samym pozwalają na postawienie właściwej diagnozy.

W większości przypadków podanie środka cieniującego nie powoduje żadnych zauważalnych odczynów, jednak u niewielkiej ilości osób mogą wystąpić objawy wzmożonej wrażliwości na jodowe środki cieniujące, takie jak **wysypka skórna, swędzenie skóry, nudności i wymioty.**

Lekarze z Zakładu Radiologii są przygotowani na wystąpienie takich objawów i potrafią im skutecznie przeciwdziałać. Czas trwania takich dolegliwości nie przekracza zazwyczaj kilkunastu sekund do kilku minut.

Istnieje jednak pewna grupa pacjentów u których częściej występują objawy nadwrażliwości na środki cieniujące; są to pacjenci z takimi schorzeniami jak:

- **uczulenie na jod,**
- **choroby tarczycy,**
- **zaawansowane nadciśnienie tętnicze,**
- **cukrzyca,**
- **uszkodzenie czynności nerek,**
- **astma płucna,**
- **alergie, katar sienny,**
- **choroby serca i naczyń tętniczych,**
- **niektóre choroby krwi,**
- **osoby u których przy poprzednich badaniach wystąpiły objawy nadwrażliwości.**

U tych osób można także stosować środki cieniujące, ale z zachowaniem pewnych środków ostrożności. **Z tego względu konieczne jest poinformowanie lekarza kierującego o występowaniu u Pani/Pana wyżej wymienionych dolegliwości.**

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Panią/Pana czynności podejmowanych przez personel medyczny. Chcemy podkreślić, że wykonanie badania z podaniem środka cieniującego zostało rozważone przez lekarza kierującego i uznane za niezbędne w interesie Pani/Pana zdrowia.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE U MNIE BADANIA RTG Z ZASTOSOWANIEM JODOWEGO ŚRODKA CIENIUJĄCEGO.

W związku z udostępnieniem moich danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy(a), że moje dane osobowe objęte są tajemnicą lekarską.

1. podpis pacjenta **2. nr dokumentu tożsamości.....**

3. miejsce i data.....

podpis lekarza przyjmującego zgodę.....