

Zakład Radiologii

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

PROSZĘ ZAZNACZYĆ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ

CZY WYSTĄPIŁA KIEDYKOLWIEK REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST STOSOWANY W BADANIACH TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ?	TAK	NIE
CZY LECZY SIĘ PANI/PAN Z POWODU ASTMY?	TAK	NIE
CZY LECZY SIĘ PANI/ PAN Z POWODU NADCZYNNOŚCI TARCZYCY?	TAK	NIE
CZY LECZY SIĘ PANI/ PAN Z POWODU NIEWYDOLNOŚCI KRĄŻENIA?	TAK	NIE
CZY LECZY SIĘ PANI/ PAN Z POWODU NIEWYDOLNOŚCI NEREK i / lub BIAŁKOMOCZU?	TAK	NIE
CZY JEST PANI W CIĄŻY?	TAK	NIE
CZY ODCZUWA PANI/PAN LĘK/KLAUSTROFOBIĘ?	TAK	NIE

ANKIETA DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ SERCA

CHOROBA	TAK	NIE
CZY LECZY SIĘ PANI/PAN Z POWODU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO		
PRZEBYTY ZAWAŁ MIĘŚNIA SERCOWEGO	DATA: 1. 2.	
PRZEBYTE ZABIEGI KARDIOCHIRURGICZNE	DATA: 1.	
KORONOROGRAFIA KORONOROGRAFIA ZE WSTAWIENIEM STENTU	DATA: 1.	
WRODZONE WADY SERCA		
PRZYJMOWANE LEKI KARDIOLOGICZNE / na NADCIŚNIENIE Przyjęte w dniu badania <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE W dniu badania: RR As	1. 2. 3. 4. 5. 6.	

.....
(data i podpis pacjenta)

.....
(data i czytelny podpis jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)