

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM UROGRAFII

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety poprzez zakreślenie prawidłowej odpowiedzi

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
pesel

.....
waga w kg

.....
wzrost w cm

1. Czy w przeszłości wykonane było badanie z podaniem środka kontrastującego?

- TAK
- NIE

2. Czy występują/ wystąpiły reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, inne)

- TAK
- NIE
- NIEWIEM

Jeśli tak, proszę napisać jaki środek był podawany i jak Pan/Pani czuł/a się po podaniu ww. środka.

.....
.....
.....

Wypełniają Pacjentki

Ciąża stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania urografii. W trosce o bezpieczeństwo naszych PacjenteK, prosimy o wypełnienie niniejszego oświadczenia.

3. Oświadczam, iż w dniu wykonywania badania urografii (właściwe zakreślić)

- jestem w ciąży
- podejrzewam, że jestem w ciąży
- nie jestem w ciąży
- osoba będąca pod moją opieką nie jest w ciąży

4. Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym

- TAK
- NIE

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARCZYNI
UL. WARSZAWSKA 42, 05-555 TARCZYN
PORADNIA UROLOGICZNA
tel. 22 727 70 63, 22 727 70 87**

WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE UROGRAFII I NA PODANIE DOŻYLNIE KONTRASTU

.....

podpis Pacjenta

.....

data

(jeśli badany nie ukończył 18-stu lat
podpisują rodzice lub opiekunowie prawni)

Ankieta została sprawdzona i przyjęta w dniu o godz.

.....

podpis pielęgniarki

podpis lekarza