

## Centrul de Imagistica Medicală

## Promed System Târgoviște

Programări: 0245 620 080 | 0785 212 643

Fax: 0245 620 080

E-mail: [imagistica@clinica-promed.ro](mailto:imagistica@clinica-promed.ro)

Str. Benone Georgescu, Nr. 12A, Târgoviște

## Clinica Promed System Târgoviște

Programări: 0245 620 088 | 0785 212 642

Fax: 0245 620 088

E-mail: [targoviste@clinica-promed.ro](mailto:targoviste@clinica-promed.ro)

Str. Benone Georgescu, Nr. 12A, Târgoviște

www.clinica-promed.ro

www.wellborn.ro

## Laborator analize medicale

## Promed System

Programări: 0245 620 088 | 0785 212 642

Fax: 0245 620 088

laborator@clinica-promed.ro

## Informare generala asupra investigatiei tomografie computerizata

Data...../...../.....

Nr. Registru.....ID investigatie.....

Nume si prenume.....Sex M/F

Varsta.....CNP.....Data nasterei...../...../.....

Inaltime.....Greutate.....Adresa.....

.....Telefon.....

Motivele examinarii CT si/sau simptomele principale .....

Medic trimitator.....

Investigatiile se realizeaza in ordinea programarilor. Este posibil ca examinarea dumneavoastră să poată întarzia pentru a face loc unor bolnavi aflați în stare grava (dependenti de transport cu ambulanta, brancardă, carucior). Apelăm la înțelegerea dumneavoastră și ne cerem scuze anticipat.

**Acte necesare investigatiei CT:**

Buletin identitate, **recomandare scrisă** de la medicul specialist sau medicul de familie, analiza sagvina **creatinina serica** efectuată recent, rezultatele și imaginile investigațiilor imagitice anterioare, bilete de externare și scrisori medicale. Aceste documente medicale ne sunt extrem de utile în stabilirea unui diagnostic cat mai corect sau în evaluarea unor posibile contraindicații pentru examinare.

**Investigatia CT:**

In cazul in care sunteți **INSARCINATA** sau există posibilitatea unei **SARCINI**, acest lucru trebuie comunicat examinatorului sau la receptie. **INVESTIGATIA NU SE EFECTUEAZA !**

In cazul pacientelor cu capacitate reproductiva se va semna urmatoarea declaratie:

***Declar pe propria raspundere ca nu sunt insarcinata.***

Semnatura pacienta .....

Investigatia CT este nedureroasa, dar iradianta. Trebuie să stai nemiscat pe masa aparatului, respectând instrucțiunile examinatorului.

Este necesar să comunicați examinatorului reacțiile alergice cunoscute, dacă aveți astm bronsic, dacă suferiți de boala renala, cardiaca, boli ale glandei tiroide sau mielom multiplu.

In anumite cazuri este necesara administrarea substanței de contrast iodată, intravenos sau oral, motiv pentru care sunteți rugați să declarăți examinatorului orice reacție alergică cunoscută. În timpul administrării este posibil să simtiți căldură sau gust metalic (reacții normale). Orice alt simptom trebuie semnalat examinatorului. Foarte rar, poate apărea greata și vărsătură, de aceea pentru a evita acest disconfort este recomandat să nu mancați nimic cu 4 ore înainte, putând consuma moderat apă sau ceai.

**NU intrerupeti tratamentul medicamentos prescris decat dacă medicul dumneavoastră curant va recomanda acest lucru!**

Va atenționa că dacă în decurs de 24 de ore de la administrarea substanței de contrast iodată, apare orice fel de efect advers (măcarimi, sufocare, respirație greoaie, dureri de cap) trebuie informat imediat medicul curant despre investigația CT efectuată.

## Declaratie de acord cu efectuarea investigatie CT

Inainte de a semna declaratia de acord va rugam sa cititi cu atentie intrebarile de mai jos si sa raspundeti la ele.

1. Ati mai efectuat vreodata examinari cu substanta de contrast iodata (CT, urografii, colecistografii, coronarografii etc)? Da Nu

2. Daca DA, ati avut reactii alergice la aceasta substanta? Da Nu

3. Cum s-au manifestat?

4. Stiti sa aveti reactii alergice la alte substante: medicamente, intepaturi de albine, plante? Da Nu

5. Daca DA, la care dintre ele?

6. Suferiti de claustrofobie? Da Nu

7. Stiti sa aveti:

- a) astm bronsic Da Nu
- b) crize epileptice Da Nu
- c) diabet zaharat Da Nu
- d) boli de inima, rinichi, ficat Da Nu
- e) pentru femei: sarcina sau suspiciune de sarcina Da Nu

Declar ca am primit si citit informatia referitoare la examinarea CT. Cunosc avantajele si riscurile acestui tip de examinare, respectiv intregul proces de examinare si **SUNT DE ACORD** ca la recomandarea medicului curant sa efectuez examinarea CT.

Subsemnata/ul .....

Semnatura pacient/apartinator legal .....

Subsemnata/ul ..... **SUNT DE ACORD** sa mi se administreze **substanta de contrast iodata**, daca pentru reusita investigatiei este necesar acest lucru.

Semnatura pacient/apartinator legal .....

Subsemnata/ul ..... **NU SUNT DE ACORD** sa mi se administreze **substanta de contrast iodata**. Imi asum prin aceasta decizie riscul unui rezultat neconcludent.

Semnatura pacient/apartinator legal .....

Data .....