

**WAŻNE:** wcześniej stwierdzony wstrząs anafilaktyczny po podaniu środków jodowych jest przeciwskazaniem do wykonania badania kontrastowego z użyciem tychże środków. W takiej sytuacji, o ile nie można wykonać innej techniki obrazowania, badanie powinno być wykonane w warunkach hospitalizacji, poprzedzone premedykacją , w asyście zespołu anestezjologicznego.

Badanie diagnostyczne z podaniem środka kontrastowego polega na dożylnym podaniu kontrastu i wykonaniu zdjęć rtg. Czas trwania badania wynosi ok.30 minut ; po decyzji radiologa badanie może być przedłużone. Ewentualne pytania kierować pod 261-416-177, 261-417-253 w godzinach 7.15-14.30 pon.-pt.

1.Na dwa dni przed badaniem stosować dietę lekkostrawną, nie wzdymającą, nie spożywać słodczy, warzyw szczególnie strączkowych, ciemnego i świeżego pieczywa, soków, napojów gazowanych i słodzonych. W przypadku skłonności do wzdęć stosować preparat zapobiegający wzdęciom np.Espumisan wg ulotki. Wieczorem w przeddzień badania wskazane jest doprowadzić do wypróżnienia zażywając preparat przeczyszczający np.Xenna lub inny.

2.Przed badaniem pacjent powinien nie jeść przez 3 godzin. Jeśli badanie wykonywane jest w godzinach popołudniowych można zjeść lekkie śniadanie z zachowaniem zalecanego odstępu czasowego.

3.Badanie powinno być wykonane nie wcześniej niż 5 dni po badaniu rtg przewodu pokarmowego z podaniem zawiesiny barytowej.

4.W dniu badania leki przyjmowane na stałe należy zażyć jak w normalny dzień. **Chorzy na astmę powinni przynieść ze sobą przyjmowane leki wziewne. W przypadku schorzeń tarczycy pacjent powinien posiadać aktualny wynik poziomu TSH lub pisemną zgodę na podanie kontrastu od endokrynologa.**

5.Na badanie należy zgłosić się z wynikami dotychczas wykonywanych badań obrazowych (zwłaszcza USG), dokumentacją leczenia, spisem przyjmowanych leków.

6. Należy wykonać badanie laboratoryjne- ocena eGFR który jest ważny przez 7 dni u pacjentów szpitalnych i 3 miesiące u pacjentów ambulatoryjnych. U chorych niedalizowanych z eGFR poniżej 30ml/min/1,73m2 badanie z użyciem środka kontrastowego należy przeprowadzić w warunkach hospitalizacji, po konsultacji z nefrologiem- szczególnie u pacjentów z podwyższonym ryzykiem, u których w wywiadzie stwierdzono: choroby i operacje nerek, białkomocz, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, dnę moczanową.

7.Po podaniu stosowanych w badaniu jodowych środków cieniujących u niektórych pacjentów może wystąpić: uczucie ciepła, metaliczny smak w ustach, zawroty głowy oraz bardzo rzadko inne reakcje niepożądane takie jak nudności, wymioty, pokrzywka, świąd skóry, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia. Sporadycznie opisywano poważniejsze powikłania: drgawki, wstrząs, zatrzymanie krążenia. Ponieważ reakcje te najczęściej występują w ciągu 20-30 minut po podaniu kontrastu każdy pacjent przez 30 minut po badaniu pozostaje pod obserwacją pośrednią personelu medycznego w Zakładzie Radiologii. W przypadku wystąpienia powikłań decyzję o dalszym postępowaniu podejmuje lekarz.

Na podstawie: Zalecenia PLTR dotyczące podawania środków kontrastowych u chorych z zaburzeniami czynności nerek, Warszawa 2024

| PROSIMY UWAGNIE WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ ANKIETĘ  | TAK | NIE |
|--|-----|-----|
| Czy wystąpiły u Pani/Pana jakiegokolwiek reakcje niepożądane po badanie z podaniem jodowego środka cieniującego (kontrastu)?; wpisać jakie, POINFORMOWAĆ PERSONEL! W przypadku wstrząsu anafilaktycznego badanie może być przeprowadzone jedynie w warunkach szpitalnych, po premedykacji i w asyście anestezjologów |     |     |
| .....  |     |     |
| Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową, choroby alergiczne lub uczulenia wymagające leczenia ?   |     |     |
| Czy zdiagnozowano u Pani/Pana choroby tarczycy: nadczynność, ch. Gravesa- Basedowa, wole ?   |     |     |
| Czy stwierdzono u Pani/Pana chorobę nerek, białkomocz, dnę moczanową ?   |     |     |
| Czy występuje u Pani/Pana nadciśnienie/ niedociśnienie ?   |     |     |
| Czy choruje Pani/Pana na padaczkę ?  |     |     |
| Czy występują u Pani/Pana inne choroby: szpiczak mnogi, choroby nowotworowe?   |     |     |
| <b>Czy jest Pani lub podejrzewa że jest w ciąży ?</b>  |     |     |

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....  
Data, pieczętka, podpis osoby przeprowadzającej wywiad przed badaniem

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA Z UŻYCIEM PROMIENIOWANIA JONIZACYJNEGO  
- Z PODANIEM ŚRODKA CIENIUJĄCEGO (KONTRASTU)**

Ja niżej podpisany/-a ..... oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wystąpienia niekorzystnych następstw po podaniu środka cieniującego (kontrastu) i będąc tego świadomy/-a wyrażam zgodę na wykonanie badania z dożylnym podaniem kontrastu. Mogłem/-am zadawać pytania dotyczące wykonywania procedury kontrastowej z użyciem promieniowania jonizacyjnego. Otrzymałem/-am wyczerpujące informacje.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

**ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO- wypelnia radiolog**

Zlecam podanie.....ml środka cieniującego  
(nazwa, nr serii, dawka kontrastu)

.....  
Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

.....  
Data, Pieczętka i podpis pielęgniarki podającej kontrast