

VI. Opis realizowanych procesów bazowych.

5. Proces wykonanie badania tomografii komputerowej.

1. Warunkiem wykonania badania tomograficznego jest skierowanie (z wyjątkiem sytuacji ekstremalnych, ratujących życie, gdzie dokumentacja może być wyjątkowo uzupełniona później). Drugim niezbędnym warunkiem wykonania KT jest pisemna zgoda pacjenta.
Przygotowaniem pacjenta i wymaganej dokumentacji w przypadku pacjenta hospitalizowanego zajmują się pracownicy oddziału kierującego na badanie, zgodnie z załącznikiem nr. 1.
Nasz tomograf komputerowy ma otwór gantry 82 cm, unos stołu 307 kg, może więc być stosowany do diagnostyki osób chorujących na otyłość III°
2. Pacjent ze skierowaniem zgłasza się do rejestracji gdzie wyznaczona jest data i godzina planowanego badania. Otrzymuje do zapoznania się „ Formularz świadomej zgody pacjenta na badanie tomografii komputerowej” (załącznik nr 3- załącznik SzS-med-274), gdzie zawarte są informacje o badaniu i możliwych powikłaniach związanych z podaniem kontrastu. Pacjent otrzymuje także krótką ulotkę (informacja dla pacjenta- Pracownia Tomografii Komputerowej) na temat jak się przygotować, jakie dokumenty dostarczyć w dniu badania (załącznik nr 4). W przypadku rejestracji telefonicznej sekretarka przekazuje wszystkie ważne informacje, sugeruje wcześniejszy przyjazd (30 minut przed wyznaczoną godziną badania) w celu zapoznania się z treścią formularza. Wszystkie informacje i formularze dostępne są na stronie internetowej Zakładu Radiologii.
3. W wyznaczonym terminie, pacjent zgłasza się do rejestracji Zakładu Radiologii z wypełnionym formularzem, poprzednimi wynikami badań MR,KT,USG(jeśli nie były wykonane w naszym szpitalu), określonym poziomem kreatyniny i GFR.
Podpisuje zgodę na wykonanie badania” (załącznik nr 3 SzS-med-274) i w holu oczekuje na wykonanie badania.
4. Sekretarka dostarcza skierowanie i inne powiązane z nim dokumenty technikowi rtg., lub pielęgniarzowi..
5. Technik po przygotowaniu aparatu, prosi pacjenta do pracowni, weryfikuje tożsamość, jeśli pacjentem jest kobieta w wieku rozrodczym (15-49lat) potwierdza fakt, że nie jest w ciąży. Tłumaczy na czym polega badanie, jak ma się w kabinie przygotować, przeprowadza krótki wywiad, układa pacjenta stosownie do rodzaju badania, stosuje możliwe osłony radiologiczne.
6. Technik wprowadza dane pacjenta do systemu, w konsultacji z lekarzem, wybiera właściwy protokół i z zachowaniem wymogów ochrony radiologicznej, wykonuje badanie.
7. Każde badanie nadzoruje lekarz. Jeśli konieczne jest podanie środka cieniującego, pielęgniarz przeprowadza z pacjentem wywiad medyczny, (o którym informuje lekarza nadzorującego badanie), szczegółowo informuje go o sposobie podania kontrastu, wyjaśnia jakich reakcji powinien się spodziewać (np. uczucie ciepła), a jakie reakcje powinny go zaniepokoić w związku z ewentualnymi skutkami ubocznymi. Wszystkie niepokojące objawy pacjent zgłasza lekarzowi uczestniczącemu w badaniu. Na skierowaniu pielęgniarz umieszcza informację o rodzaju S.C., ilości podanej, reakcji pacjenta.
8. Po zakończeniu badania pacjent jest poinformowany o sposobie i czasie odbioru wyniku, ubiera się w kabinie i wychodzi z pracowni.
Pacjent ambulatoryjny proszony jest o pozostanie przez około 30 minut na holu przed pracownią i rejestracją, w celu nadzorowania ewentualnych opóźnionych reakcji alergicznych.
9. Technik po opracowaniu badania zamyka program, przekazuje skierowanie, wraz z pozostałymi dokumentami, lekarzowi nadzorującemu. Badanie jest automatycznie przesyłane do archiwum.
10. Opis badania lekarz znosi technikowi, który nagrywa badanie na płytę, dołącza ją do wyniku i w komplecie znosi do rejestracji skąd jest odebrany przez pacjenta, za potwierdzeniem odbioru.
11. Wyniki pacjentów hospitalizowanych odbiera upoważniony pracownik oddziału.

Opracował:

Sprawdził :

Zatwierdził:

**KIEROWNIK
ZESPOŁU TECHNIKÓW**

Jadwiga Lewandowska

lek. Piotr Kamiński
SPECJALISTA RADIOLOGII
I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
2008375

Grzegorz Sięńczewski