POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o. o.
W LWÓWKU ŚLĄSKIM
UL. MORCINKA 7, TEL. 075 782 01 04

PROCEDURA
UDZIELANIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO: DENSYTOMETRIA

Numer referencyjny procedury: **83/2023/M**

Data wprowadzenia: **25.01.2023**

Data ewaluacji:

Miejsce zastosowania: Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
z siedzibą w Lwówku Śląskim

Opracowane przez: **technik elektroradiolog Beata Skórka**

Zatwierdzono przez:

DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH
lek. med. Marcin Karasiński

PREZES ZARZĄDU
Adam Zdaniuk

Sporządził :	Zaakceptował:	Zatwierdził:
	DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH lek. med. Marcin Karasiński	PREZES ZARZĄDU Adam Zdaniuk

1. Cel procedury:

Celem procedury jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego: DENSYTOMETRIA

2. Przedmiot procedury:

Przedmiotem procedury jest określenie zasad postępowania w czasie wykonywania świadczenia zdrowotnego: DENSYTOMETRIA

3. Zakres stosowania :

Dotyczy pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim przyjmowanych w Pracowni Densytometrycznej, w której będzie udzielane świadczenie zdrowotne: DENSYTOMETRIA.

4. Odpowiedzialność i uprawnienia:

- Kierownik Zespołu Techników RTG odpowiedzialny jest za wdrożenie i stosowanie procedury.
- Pracownicy Pracowni Densytometrycznej zobowiązani są do stosowania procedury.

5. Sposób postępowania

Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia zdrowotnego DENSYTOMETRIA pracownik Pracowni Densytometrycznej zobowiązany jest:

- Zapoznać pacjenta z informacją dotyczącą badania. Informacje o badaniu Densytometrycznym zawiera załącznik nr 1 do Procedury.
- Pobrać od pacjenta wypełnioną **Ankietę pacjenta przed wykonaniem badania DENSYTOMETRII**. Wzór ankiety określa załącznik nr 2 do Procedury.

Załącznik nr 1

INFORMACJA O BADANIU DENSYTOMETRYCZNYM

DENSYTOMETRA

Badanie densytometryczne DXA to rodzaj badania rentgenowskiego. Jest ono jednak wyjątkowo bezpieczne ze względu na bardzo niską dawkę promieniowania, która odpowiada dawce, jaką człowiek otrzymuje w ciągu jednego dnia z otoczenia, wody pitnej czy pokarmu, który spożywa (tzw. promieniowania tła). Badanie densytometryczne wykonuje się przy użyciu skanera DXA wykorzystującego metodę pomiaru pochłaniania dwóch wiązek promieniowania o różnych energiach, co pozwala na odróżnienie kości od tkanek miękkich. Badanie to jest podstawą w diagnozie i leczeniu osteoporozy.
Przy stwierdzonej osteoporozie badanie powinno się wykonywać co roku. Przy osteopenii i normie raz na dwa lata. Inną częstotliwość może ustalić lekarz prowadzący.

Badanie densytometryczne (DXA) jest w pełni bezpieczne, nieinwazyjne i bezbolesne. Podczas badania używane jest promieniowanie jonizujące, ale w minimalnej dawce równej promieniowaniu tła, czyli takiej jaka otacza nas codziennie na Ziemi.

PRZEBIEG BADANIA

Densytometria jest badaniem nieinwazyjnym i niebolesnym. Wykonuje się ją za pomocą specjalnego aparatu rentgenowskiego emitującego bardzo małą ilość promieniowania. Przed badaniem wykonuje się pomiar wzrostu i masy ciała. W trakcie badania pacjent leży na stole pomiarowym, nad którym umieszczone jest ramię. Badanie w jednej lokalizacji, np. kręgosłupa trwa średnio 2–3 minuty, w tym czasie należy starać się leżeć nieruchomo.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

W dniu badania warto założyć wygodne i nieograniczające ruchu ubranie bez metalowych elementów w okolicach miednicy i kręgosłupa. Przed badaniem nie trzeba być na czczo i można zażywać wszystkie zalecane leki.

PRZECIWWSKAZANIA

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do densytometrii jest ciąża.
Badania nie powinno się wykonywać w ciągu dwóch dni po podaniu środka kontrastowego.
Duże zmiany zwyrodnieniowe, złamania lub materiał obcy (np. proteza biodra) w miejscu badania uniemożliwiają interpretację wyniku, dlatego wybiera się wówczas inną lokalizację.

Sporządził :	Zaakceptował:	Zatwierdził:
	DYREKTOR ds. MEDYCZNYCH lek. med. Marcin Karasiński	PREZES ZARZĄDU Adam Zdaniuk

Data wprowadzenia: 25.01.2023 r.

załącznik nr 2

ANKIETA PACJENTA
PRZED WYKONANIEM BADANIA DENSYTOMETRYCZNEGO

Imię nazwisko:	PESEL:
Telefon kontaktowy:	Waga: Wzrost:

Ankietę wypełnia pacjent lub opiekun prawny. Udzielone informacje służą do kwalifikacji i właściwego przeprowadzenia badania.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

1.	**Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa że może być w ciąży?**	TAK	NIE
2.	**Czy karmi Pani piersią?**	TAK	NIE
3.	**Czy w ciągu dwóch ostatnich dni był podawany Panu / Pani środek kontrastowy ?**	TAK	NIE
4	**Czy posiada Pan/ Pani** materiał obcy w organizmie (np. proteza biodra)? **Proszę wskazać okolicę anatomiczną**	TAK	NIE

☐ Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach statusu zdrowia.

☐ Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że podane dane są danymi poufnymi.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/-am się z wskazówkami dla pacjenta dotyczącymi DENSYTOMETRII oraz zostałam/em poinformowana/ny o przygotowaniu do świadczenia zdrowotnego, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałem poinformowana/y o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzielaniu świadczeń.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/-am się z INFORMACJĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA PACJENTÓW **Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim**. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

.....
Pieczątka i podpis osoby przeprowadzającej badanie

Sporządził :	Zaakceptował: DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH lek. med. Marcin Karasiński	Zatwierdził: PREZES ZARZĄDU Adam Zdaniuk

Data wprowadzenia: 25.01.2023 r.

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ PRACOWNIKÓW Z PROCEDURĄ
(odpowiedzialny kierownik komórki organizacyjnej)

L.p.	Data	Nazwisko i imię	Stanowisko	Oddział	Podpis

Sporządził :	Zaakceptował:	Zatwierdził:
	DYREKTOR DS. MEDYCZNYCH lek. med. Marcin Karpsiński	PREZES ZARZĄDU Adam Zdaniuk

Data wprowadzenia: 25.01.2023 r.