

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ Z PODANIEM KONTRASTU

Nazwisko, imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na wykonanie badania diagnostyki obrazowej:

- BADANIE RTG

- BADANIE TK /CT

- BADANIE MRI

Oświadczam, że:

- Zostałem(am) w sposób zrozumiały poinformowany(a) o rodzaju badania, wskazaniach, przeciwwskazaniach, możliwych powikłaniach związanych z zastosowaniem środków kontrastowych i **świadomie je akceptuję**.
- Podane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przyjmowanych leków są zgodne ze stanem faktycznym.
- Zostałem poinformowany(a) o ewentualnej modyfikacji metody badania, jeśli zaistnieje taka konieczność i je akceptuję.
- Potwierdzam, że miałem/(am) możliwość zadania pytań dotyczących rodzaju badania, jego celowości, oczekiwanych wyników, związanego z nim ryzyka i potencjalnych powikłań.
- Potwierdzam, że miałem/(am) wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

Jednocześnie **wyrażam / nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie procedur medycznych, gdy uzyskanie mojej zgody nie będzie możliwe z powodu ograniczenia zdolności do wyrażenia świadomej zgody, a zmiany te będą uznane przez zespół lekarzy z UCK za pilne i niezbędne dla kontynuowania leczenia.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta).....
(pieczętka i podpis lekarza)

Jako opiekun prawny dziecka (rodzic)/osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na przeprowadzenie powyżej wymienionego badania u mojego dziecka/osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(a), że wyżej wymienione badanie u mojego niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia dziecka / osoby częściowo ubezwłasnowolnionej / osoby ubezwłasnowolnionej, która jest w stanie ze zrozumieniem wypowiedzieć opinię w tej sprawie/ wymaga również zgody samego pacjenta

.....
(data i czytelny podpis jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)

WAGA	WZROST	KREATYNINA	GFR	KONTRAST/ DAWKA
.....kgcmmg/dlml/min	

Zalecenia lekarza radiologa dotyczące badania:

Godzina**podania:**

Podpis pielęgniarki

Podpis lekarza

Oświadczenie

Po dożylnym podaniu kontrastu: obowiązuje zakaz prowadzenia pojazdów oraz obsługi
nazwa
urządzeń precyzyjnych przez 1 godzinę od ostatniego podania. Proszę pić dużą ilość płynów – ok. 2 litrów w ciągu doby. Informację otrzymałam / otrzymałem.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)