

ІНФОРМАЦІЙНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОБСТЕЖЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ З ВВЕДЕННЯМ КОНТРАСТУ ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ Z PODANIEM KONTRASTU

Прізвище, ім'я.....

Nazwisko, imię

PESEL :

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

Я даю згоду на проведення діагностики із застосуванням візуалізації:

Wyrażam zgodę na wykonanie badania diagnostyki obrazowej:

- РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ - КТ - МРТ
 - BADANIE RTG - BADANIE TK/CT - BADANIE MRI

Заявляю, що: Oświadczam, że:

- Мене вичерпно поінформували про вид обстеження, показання, протипоказання, можливі ускладнення, пов'язані із застосуванням контрастних речовин, і я **свідомо їх погоджую**.
Zostałem(am) w sposób zrozumiały poinformowany(a) o rodzaju badania, wskazaniach, przeciwwskazaniach, możliwych powikłaniach związanych z zastosowaniem środków kontrastowych i **świadomie je akceptuję**.
- Наведена мною інформація про стан мого здоров'я, поточний курс лікування та ліки, які я приймаю, відповідає фактичному стану.
Podane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przyjmowanych leków są zgodne ze stanem faktycznym.
- Мене повідомили про можливу зміну методу обстеження, якщо це буде необхідно, і я погоджую це.
Zostałem poinformowany(a) o ewentualnej modyfikacji metody badania, jeśli zaistnieje taka konieczność i je akceptuję.
- Я підтверджую, що мав/мала можливість задати питання про вид обстеження, його цілеспрямованість, очікувані результати, пов'язані ризики та можливі ускладнення.
Potwierdzam, że miałem/(am) możliwość zadania pytań dotyczących rodzaju badania, jego celowości, oczekiwanych wyników, związanego z nim ryzyka i potencjalnych powikłań.
- Я підтверджую, що у мене було достатньо часу, щоб прийняти повністю обґрунтоване рішення.
Potwierdzam, że miałem/(am) wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

Одночасно я Одночасно **надаю/ не надаю згоду*** на медичні процедури, коли отримати мою згоду буде неможливо через обмежені можливості висловити інформаційну згоду, і ці зміни будуть розглядатися командою лікарів УСК як термінові та необхідні для продовження лікування.

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.

.....
 (дата і розбірливий підпис пацієнта)
 (data i czytelny podpis pacjenta)

.....
 (печатка та підпис лікаря)
 (pieczętka i podpis lekarza)

Як законний опікун дитини (батько/мати) я **надаю/ не надаю*** згоду на вищезгадане обстеження моєї дитини/частково недієздатної особи/недієздатної особи. Одночасно підтверджую, що мені повідомлено, що вищезазначене обстеження у моєї неповнолітньої, проте старшої за 16 років дитини/частково недієздатної особи/недієздатної особи, яка в стані з розумінням висловити думку з цього приводу/ також вимагає згоди самого пацієнта

.....
 (дата і розбірливий підпис законного представника або уповноваженої особи)
 (data i czytelny podpis jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)

ВАГА WAGA	PICT WZROST	КРЕАТИНІН KREATYNINA	GFR	КОНТРАСТ/ДОЗА KONTRAST/DAWKA
.....КГСМмг/дл mg/dlмл/хв ml/min	
				Година введення: godzina podania:
				Підпис медичної сестри Podpis pielęgniarki

Підпис лікаря
Podpis lekarza

Заява

Після внутрішньовенного введення контрастної речовини: Заборонено керувати автомобілем та експлуатувати

назва

точні прилади протягом 1 години після останнього введення. Слід пити велику кількість рідини - приблизно 2 літри протягом доби. Інформацію отримано

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.

.....

(дата і розбірливий підпис пацієнта)

(data i czytelny podpis pacjenta)