FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ Z UŻYCIEM IZOTOPU PROMIENIOTWÓRCZEGO

Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta: ……

PESEL: | | | | | | | | | | |

PŁEĆ: ☐ Kobieta Oświadczam, że **jestem / nie jestem*** w ciąży.

☐ Mężczyzna

Ja niżej podpisany/a **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie **procedury medycznej z użyciem izotopu promieniotwórczego z opcjonalnym rozszerzeniem badania o niskodawkową tomografię komputerową (TK) bez kontrastu** oraz **oświadczam**, że:

- zostałem/am poinformowany/a o zasadach i możliwych następstwach danej procedury medycznej,
- jestem w regularnym kontakcie z lekarzem prowadzącym i będę przestrzegać terminów wizyt kontrolnych,
- otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/am się z instruktażem dla pacjenta dla danej procedury medycznej oraz zastosowałem się do jego wymagań,
- zapoznałem się z informacjami zamieszczonymi w informatorze Zakładu Medycyny Nuklearnej dostępnym na stronie www.uck.pl ,
- lekarz kierujący wyjaśnił mi cel badania oraz niezbędne informacje związane z procesem terapeutycznym,

a zostanie ona zrealizowana w Zakładzie Medycyny Nuklearnej w Gdańsku. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a o celu danej procedury medycznej oraz o możliwych powikłaniach, a także konsekwencjach w przypadku nie wyrażenia zgody na jej przeprowadzenie. Miałem/am możliwość uzyskania dodatkowych informacji związanych z proponowaną procedurą medyczną, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące.

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, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia pieczątka i podpis lekarza

……

i/lub jego przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego

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, godzina i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 roku życia

……

i/lub jego przedstawiciela ustawowego pacjenta / opiekuna prawnego

Uwaga: *niepotrzebne skreślić