

KARTA BADANIA SCYNTYGRAFICZNEGO

Wypełnia pacjent:

IMIĘ I NAZWISKO **wiek**.....

PESEL:

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

Waga

Wzrost

1. **Zapoznałem/am się** ze szczegółowym objaśnieniem badania, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku badania, jak też z konsekwencjami braku mojej zgody na wykonanie badania. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego mam świadomość, że obniża to wartość diagnostyczną badania.
2. **Wiem**, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie badania w każdej chwili.
3. **Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am** przeciwwskazania do wykonania badania oraz przedstawioną informację o mogących wystąpić powikłaniach w związku z podaniem radiofarmaceutyku.
4. **Stwierdzam**, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące planowanego badania i poruszone przeze mnie obawy i wątpliwości.
5. **Przyjmuję do wiadomości**, że dodatkowe zabiegi / badania oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.
6. **OŚWIADCZAM, IŻ NIE JESTEM W CIĄŻY** (dotyczy kobiet).

ZGODY		
Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia proponowanego badania w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w trakcie badania	TAK	NIE
Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego szpitala oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia	TAK	NIE
WYRAŻAM ZGODĘ NA PROPONOWANE BADANIE/LECZENIE	TAK	NIE
WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE DOŻYLNNE/ PODSKÓRNE/WZIEWNE RADIOFARMACEUTYKU	TAK	NIE

- PACJENT NIEPRZYTomNY/NIEZDOLNY DO WYRAŻENIA ŚWIADOMEJ ZGODY – BADANIE ZE WSKAZAŃ ŻYCIOWYCH* - wg informacji od lekarza kierującego (* jeżeli dotyczy zaznaczyć krzyżykiem)
- POTWIERDZAM TOŻSAMOŚĆ PACJENTA PRZYWIEZIONEGO NA BADANIE Z DANYMI NA SKIEROWANIU (dotyczy pacjentów nieprzytomnych)

<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia</p> <p>DATA.....</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)</p> <p style="text-align: center;">DATA.....</p>
<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Dane identyfikujące lekarza ZMN</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Dane identyfikujące osoby potwierdzającej tożsamość pacjenta</p>