

## 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 mojego zdrowia.
6. **OŚWIADCZAM, IŻ NIE JESTEM W CIĄŻY** (dotyczy kobiet).

### ZGODY

|                                                                                                                                                                                                                           |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Zgadzam się</b> 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 |
| <b>Zgadzam się</b> na przeniesienie mnie do właściwego szpitala oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia                                                                                          | TAK | NIE |
| <b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> NA PROPONOWANE BADANIE/LECZENIE                                                                                                                                                                      | TAK | NIE |
| <b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> 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>.....</p> <p><b>PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia</b></p> <p>DATA.....</p> | <p>.....</p> <p><b>(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)</b></p> <p>DATA.....</p> |
| <p>.....</p> <p><b>Dane identyfikujące lekarza ZMN</b></p>                      | <p>.....</p> <p><b>Dane identyfikujące osoby potwierdzającej tożsamość pacjenta</b></p>                                            |

