



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI
ZDROWOTNEJ W ŚWIDNIKU
REGON: 431010878 NIP: 712-24-83-842
ZAKŁAD RADIOLOGII

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE TOMOGRAFII
KOMPUTEROWEJ (CT) BEZ KONTRASTU**

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

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

Data ur.:

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

Nr telefonu

CHARAKTERYSTYKA BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (CT) - informacja dla pacjenta

Badanie tomografii komputerowej jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Promieniowanie rentgenowskie może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki, dlatego dawka promieniowania podczas badania tomografii komputerowej jest zredukowana do najmniejszego poziomu, zapewniającego uzyskanie poprawnych technicznie obrazów.

Przed dostarczeniem skierowania pacjent, samodzielnie bądź z lekarzem kierującym, powinien wypełnić poniższy **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY**. Jeżeli pacjent badany w trybie ambulatoryjnym nie zamierza odebrać wyniku osobiście, powinien wypełnić upoważnienie. Niezbędne druki dostępne są w ZAKŁADZIE RADIOLOGII Szpitala SP ZOZ Świdnik.

ANKIETA DIAGNOSTYCZNA DO BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ;

Upzejmnie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez zaznaczenie znakiem "X" odpowiedzi "TAK" lub "NIE". Jeżeli na któreś z pytań odpowiedź brzmi "TAK", prosimy podkreślić lub dopisać właściwe informacje. Wszystkie dane zamieszczone w tym kwestionariuszu objęte są tajemnicą i ochroną zgodnie z obowiązującym prawem.

1. Czy podejrzewa Pani możliwość ciąży?

(w przypadku kobiet w wieku rozrodczym badanie kobiety w ciąży może być wykonane tylko w warunkach klinicznych, po wykorzystaniu innych metod, w przypadku zagrożenia życia i zdrowia – po uzgodnieniu z lekarzem w pracowni CT). **Badania CT u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1- 10 dniu cyklu.**

2. Czy nosi Pani/Pan protezy zębowe, aparat słuchowy (jeżeli tak to proszę wyjąć przed badaniem).....

2. Jestem objęta/objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

3. W dniu badania jestem hospitalizowana/hospitalizowany.

4.. Wyrażam zgodę na wykonanie zleconego badania CT.

TAK	NIE

--	--

--	--

--	--

--	--

Miałem(am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, zostałem(am) poinformowany o: charakterze, celu badania diagnostycznego i o związanym z nim przyjęciu dawki promieniowania niezbędnej do prawidłowego zobrazowania badanej części ciała. Uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem(am) wystarczającą ilość czasu. Oświadczam również, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków będąc świadomym(mą) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zleconego badania tomografii komputerowej.

Podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego