

Załącznik nr 2b

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

ZGODA NA BADANIE
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (dla pacjenta hospitalizowanego)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL **data badania**.....

Rodzaj badania

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem pisemną informację na temat przygotowania do badania, sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem tomografii komputerowej, w tym z podaniem środka kontrastującego, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego.	TAK	NIE
Jestem świadomy/a wystąpienia możliwych powikłań związanych z badaniem tomografii komputerowej, skutków ubocznych działania promieniowania rentgenowskiego oraz powikłań związanych z podaniem jodowego środka kontrastowego, jak również jestem świadomy/a ograniczonej wartości diagnostycznej badania tomografii komputerowej w razie nie wyrażenia przeze mnie zgody na podanie kontrastu.	TAK	NIE
Oświadczam, że miałem/am możliwość wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem/am i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.	TAK	NIE

ŚWIADOMIE WYRAŻAM ZGODĘ NA:

Przeprowadzenie badania tomografii komputerowej.	TAK	NIE
Podanie środka kontrastowego do badania tomografii komputerowej.	TAK	NIE
Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.	TAK	NIE

.....
(data czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego;
w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

	Norma
Współczynnik eGFR	

Wypełnia lekarz kierujący na badanie

Dokument został przyjęty i sprawdzony	UWAGI:
Data Podpis	

