Інформована згода пацієнта/ки

КТ (комп'ютерна томографія) дослідження, проведене (дата)..................................

ПІБ пацієнта ........................................ дата народження: ..... ...............................................

Особистий ідентифікаційний номер (номер медичного страхування пацієнта)........................................

Код медичної страхової компанії .............................................. .................................

Вага (кг) ........................................... Зростання (см ) ..............................................

Шановна пані/пане,

за медичними показаннями Вам необхідно провести КТ-дослідження (комп'ютерну томографію). Ви маєте повне право приймати рішення про методи та хід, надання Вам медичних послуг, якщо правові норми Вам це право не виключають. Для проведення медичного КТ дослідження нам потрібна Ваша згода.

Показання та цілі дослідження

Показання та цілі цього дослідження Вам були роз'яснені лікарем, який видав цей напрямок. Також лікар Вас проінструктував про можливі альтернативні методи.

Підготовка до дослідження

Під час проведення КТ дослідження, не рекомендується на дослідженій частині тіла мати якісь знімні, сторонні предмети – особливо прикраси тіла, ювелірні вироби тощо. Наш персонал вас ознайомить яку частину одягу необхідно зняти або запропонує Вам відповідний медичний одяг. Будь ласка, попередьте персонал про будь-який чужорідний матеріал, який знаходиться у вашому тілі (наприклад, металеві ендопротези, штучні серцеві клапани, стенти, кардіостимулятори, імплантати).

Попередження для пацієнток у продуктивному віці

Я підтверджую, що на момент дослідження не маю вагітності, оскільки поінформована про шкідливий вплив рентгенівського випромінювання на розвиток плода. Я беру до уваги, що протягом усього дослідження, я повинна суворо дотримуватися всіх вказівок команди операторів і, ґрунтуючись на їх рекомендації, використовувати спеціальні допоміжні засоби для як найшвидшого виведення рентгенівського випромінювання з організму (закон 307/2002 Sb. 23 a §67).

Обробка результатів дослідження та отримання висновку

Опис КТ дослідження пов'язане з обробкою та інтерпретацією великої кількості даних, тому потребує значного часу. Для пацієнтів, дослідження яким проводилося в екстреному порядку (це вирішує лікар і лікар – рентгенолог), результати дослідження видаються відразу. В інших випадках, результати дослідження будуть переслані вашому лікарю (письменно, на електронну адресу, запис на ел.носій і т.д. - має бути зазначено в напрямку).

Заява пацієнта/ки

1. Я заявляю, що був детально ознайомлений про принципи даного дослідження, цілі цього дослідження, а також про ризик і про подальші можливі ускладнення.

2. Своїм лікарем я був ознайомлений з іншими можливостями медичного обстеження.

3. Я підтверджую, що мені була надана можливість поставити медичному персоналу всі цікаві для мене додаткові питання. На всі запитання я отримав/ла ґрунтовні відповіді.

• Я підтверджую, що був поінформований про можливість називати особи, яким можуть бути надані ці інформації.

• Про своє право дати заборону надання цих інформацій третім особам

• Про своє право відмовитись від подання інформації про стан мого здоров'я

4. Я даю свою згоду з наданням в електронному форматі моєї медичної документації лікарю, який видав направлення на дане дослідження (має бути написано у напрямку).

Підпис пацієнта (законного представника) ............................................ ..............

Заповнити у разі, якщо пацієнт/ка (законний представник) відмовилися підписати цю згоду.

Пацієнт/ка (законний представник) відмовилися підписати цю згоду.

Лікар (медичний персонал), який надав інформації та провоює інструктаж

…………………………………………………..

Ініціали (заповнити друкованими літерами або поставити друк) ......................................... .................................................. ....................................підпис

Свідок…………………………………………

Ім'я та прізвище ............................................... .......підпис ( якщо Свідок не є співробітником Mediscanu, то вказати адресу та дату народження)

……………………………………………………