

Niektóre badania diagnostyczne (tzw. inwazyjne) są wtargnięciem do organizmu ludzkiego, naruszają jego ciągłość i naturalne bariery ochronne. Oprócz wielu korzyści prowadzących do wyleczenia, stanowią pewne określone zagrożenie, z którego musimy sobie zdawać sprawę.

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE INWAZYJNE :  
TOMOGRAFIĘ KOMPUTEROWĄ ORAZ INNE BADANIA Z UŻYCIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO  
(tj. RTG, TK, ANGIOGRAFIA, itp.)**

Nazwisko i imię ..... PESEL

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

Rozpoznanie: .....

Proponowane badanie diagnostyczne inwazyjne .....

**OŚWIADCZENIE PACJENTA** (proszę zakreślić krzyżykiem właściwą odpowiedź):

Czy choruje Pan(i) na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę ? Jeśli TAK – proszę podkreślić właściwe  TAK  NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe (np. świąd, wysypka, nudności, wymioty, uczucia gorąca, bóle i zawroty głowy, aż do reakcji wstrząsowej włącznie) na podanie środków farmaceutycznych lub/i środków kontrastowych ?  TAK  NIE

Jeśli TAK – proszę wymienić jakie .....

Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) wykonywane badanie z użyciem środka kontrastowego, tj. CT / MRI / ANGIOGRAFIA / UROGRAFIA / CHOLANGIOGRAFIA ?  TAK  NIE

DOTYCZY KOBIET: Czy jest Pani w ciąży ?  TAK  NIE

**Ja, niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że:**

Powyższe pytania zostały przeze mnie przeczytane i są dla mnie zrozumiałe. Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.  TAK  NIE

Uzyskałem(łam) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania. Znane mi są: rodzaj badania, jego celowość, oczekiwane wyniki i potencjalne zagrożenia mogące wystąpić w ramach wykonywanej diagnostyki.  TAK  NIE

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja.  TAK  NIE

Zgadzam się na proponowane badanie diagnostyczne inwazyjne  TAK  NIE

Zgadzam się na przyjęcie mnie do szpitala i dalsze leczenie, zgodnie z decyzją lekarza, jeżeli będzie tego wymagał mój stan zdrowia. Wyrażam zgodę na wykonywanie czynności pielęgniarskich.  TAK  NIE

W przypadku badania prywatnego, zobowiązuję się pokryć koszty badania zgodnie z obowiązującym Cennikiem Usług SP ZOZ w Świdnicy, tj. .... zł.

Data: ..... Podpis pacjenta (czytelny): .....

W szczególnych sytuacjach oświadczenie opiekuna prawnego pacjenta, posiadającego pełną władzę rodzicielską i upoważnienie drugiego rodzica lub władzę wynikającą z innych przepisów:

Akceptuję powyższe oświadczenie pacjenta. Zgadzam się na proponowane badanie inwazyjne  TAK  NIE

Opiekun prawny .....  
pacjenta (Imię i nazwisko)

Stopień pokrewieństwa: .....

Data i podpis opiekuna prawnego pacjenta .....

Data .....

Pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego do badania diagnostycznego inwazyjnego