



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

RTG

W CZASIE CIĄŻY

PG/I03/F14

str.1/1

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BDANIA

RTG W CZASIE CIĄŻY

1. PROPONOWANA METODA BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO:

Badanie RTG w ciąży polega na ocenie narządów wewnętrznych pacjentki przy użyciu metod obrazowania z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego. Jest wykonywane przy ściśle określonych indywidualnych wskazaniach ze strony matki. Badanie jest wykonywane z wykorzystaniem fartucha ochronnego chroniącego płód przy użyciu minimalnych dawek promieniowania koniecznych w diagnostyce

Alternatywne metody diagnostyczne.....

2. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. Wykonanie badania obrazowego wykorzystującego promieniowanie RTG w I trymestrze ciąży może wiązać się ze zwiększoną częstością występowania wad u płodu, jak również ryzykiem poronienia.

3. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem diagnostycznym. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

.....
zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego zabiegu

4. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej

z Panem/Panią dr

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- rokowania
- ewentualnego leczenia po badaniu diagnostycznym

Znane mi są możliwe powikłania związane z powyższym badaniem

Bez zastrzeżeń / z powyższymi zastrzeżeniami*

zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania RTG

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

* *niepotrzebne skreślić*