



**Oświadczenie i formularz świadomej zgody pacjenta do Pracowni Tomografii Komputerowej
(badania wysokospecjalistyczne o podwyższonym ryzyku powikłań).**

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Data badania

.....

Waga pacjenta

Badanie pierwsze

Badanie kolejne

Proszę zakreślić właściwe

Szczepienie p/WZW (wirusowe zapalenie wątroby)	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na cukrzycę?	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na astmę?	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na niewydolność nerek? poziom kreatyniny poziom GFR	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze?	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na nadczynność tarczycy? poziom TSH	Tak	Nie
Czy jest Pan/i uczulona na leki lub środek kontrastowy ? (jeśli Tak –to na jakie i jakie wystąpiły objawy)	Tak	Nie
Czy choruje Pan/i na chorobę nowotworową? (jeśli Tak –to na jaką).....	Tak	Nie
Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie

Oświadczam ,że podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych badań oraz chorób.

Oświadczam ,że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego badania i otrzymałem/am na nie odpowiedź.

Wyrażam świadomą zgodę na proponowane badanie (podpis pacjenta w obecności pracownika RTG).

.....

Nie wyrażam zgody na proponowane badanie .

Uzasadnienie odmowy (podpis pacjenta w obecności pracownika RTG).

.....

.....