

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE <u>RTG</u>
Imię i nazwisko pacjenta		

PESEL																						Numer Księgi Głównej	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------	--

1. OPIS I PRZEBIEG BADANIA

Badanie RTG jest badaniem diagnostycznym, polegającym na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą promieniowania jonizującego. Badanie wykonywane jest przez elektrodziagnostę. Trwa około 15 minut. Bezpośrednio przed badaniem pacjent może być poproszony o zdjęcie rzeczy znajdujących się w obszarze badanej części ciała, które mogą mieć negatywny wpływ, na jakość otrzymanych obrazów. W celu uzyskania najlepszej jakości obrazów diagnostycznych w trakcie badania pacjent powinien pozostać nieruchomo, może zostać również poproszony o wstrzymanie oddechu na czas wykonania zdjęcia RTG.

2. WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

Badanie RTG jest wskazane w celu diagnostyki m.in. urazów kostnych (złamań, zwichnięć), zmian zwyrodnieniowych lub zapalnych, chorób płuc, kontroli pooperacyjnej, diagnostyki innych zmian strukturalnych widocznych w badaniu radiologicznym. Wskazanie do wykonania badania zostało postawione przez lekarza na podstawie wywiadu i stanu klinicznego pacjenta.

W Pani/a przypadku to.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA BADANIA :

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI:

Wykonanie badania RTG jest kluczowe dla postawienia właściwej diagnozy, monitorowania przebiegu choroby, oceny skuteczności leczenia lub planowania dalszych procedur medycznych. Informacje uzyskane z badania pozwolą lekarzowi na podjęcie optymalnych decyzji terapeutycznych, co przyczyni się do poprawy mojego stanu zdrowia.

b) PRZECIWSKAZANIA:

Głównym przeciwwskazaniem jest ciąża (lub jej podejrzenie).

c) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ (RYZKO):

• narażenie na promieniowanie jonizujące, które w nadmiarze może być szkodliwe

Należy pamiętać, że wpływ promieniowania na organizm nie jest obojętny - skumulowane dawki diagnostyczne mogą mieć odległe działanie szkodliwe –jeżeli były wcześniej wykonywane badania z użyciem promieniowania (tomografia, zdjęcie rentgenowskie itp.) bądź Pacjent był leczony napromieniowaniem –należy ten fakt zgłosić personelowi medycznemu. Ryzyko jest większe u dzieci i młodzieży – należy ograniczać badania do sytuacji uzasadnionych medycznie.

• Wpływ na rozwój płodu

Zawsze należy poinformować personel medyczny o ciąży lub jej podejrzeniu !

Promieniowanie jonizujące jest szczególnie niebezpieczne dla rozwijającego się płodu, zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży. Może prowadzić do wad wrodzonych, upośledzenia umysłowego lub zwiększonego ryzyka nowotworów w dzieciństwie. Dlatego ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do badań RTG, chyba że korzyści diagnostyczne dla matki znacząco przewyższają ryzyko dla płodu i nie ma innych alternatyw.

4. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

W przypadku, gdy badanie RTG jest niewskazane lub pacjent wyraża obawy, lekarz może zaproponować alternatywne metody diagnostyczne, takie jak rezonans magnetyczny (MRI), ultrasonografia (USG).

	SZPITAL POMNIK CHRTU POLSKI ul. Św. Jana 9 62-200 Gniezno	INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE RTG
Imię i nazwisko pacjenta		

5. KONSEKWENCJE ODMOWY DIAGNOSTYKI:

Odmowa wykonania badania RTG może mieć negatywne konsekwencje dla zdrowia, w tym: brak możliwości postawienia dokładnej diagnozy, opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia, zwiększone ryzyko powikłań związanych z brakiem odpowiedniej diagnostyki, konieczność zastosowania innych, potencjalnie mniej skutecznych lub bardziej inwazyjnych metod diagnostycznych.

6. ROZMOWA Z PERSONELEM

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko, co chce wiedzieć w związku z planowanym badaniem.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

- W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z personelem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat mojego stanu zdrowia, zasadności i przebiegu badania oraz możliwych powikłań i następstw związanych z zastosowaniem procedury, jak również konsekwencji związanych z prognozowanymi następstwami zaniechania zastosowania badania.
- Zostałem poinformowany(a) o ewentualnej modyfikacji metody badania, jeśli zaistnieje taka konieczność i je akceptuję.
- Nadto oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody na proponowane badanie diagnostyczne.
- Oświadczam, że nie zataiłem/łam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych lekach i że wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi oraz oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

	JESTEM W CIAŻY	NIE JESTEM W CIAŻY	PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIAŻY	NIE DOTYCZY
Oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania RTG	☐	☐	☐	☐
	TAK	NIE		
W pełni świadomie WYRAŻAM ZGODĘ na wykonanie badania RTG	☐	☐		

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć personelu medycznego (w przypadku odmowy wskazać także godzinę)	

Podpisanie formularza przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, podpis oraz pieczęć personelu medycznego	
--	--