

**Załącznik nr 2**

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

## ZGODA NA BADANIE TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL ..... data urodzenia.....

Numer telefonu: .....

.....  
(Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Ja niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem tomografii komputerowej, w tym z podaniem środka kontrastującego, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania tomografii komputerowej i podania jodowego środka kontrastowego. | TAK | NIE |
| Jestem świadomy/a możliwych do wystąpienia powikłań związanych z badaniem tomografii komputerowej, skutków ubocznych działania promieniowania rentgenowskiego oraz powikłań podania jodowego środka kontrastowego, jak również jestem świadomy/a ograniczonej wartości diagnostycznej badania tomografii komputerowej w razie nie wyrażenia przeze mnie zgody na badanie z podaniem jodowego środka kontrastowego.  | TAK | NIE |
| Oświadczam, że miałem/am możliwość wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem/am i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.                                                                           | TAK | NIE |

| ŚWIADOMIE WYRAŻAM ZGODĘ NA:                                                                                                                                                                                           |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Przeprowadzenie badania tomografii komputerowej.                                                                                                                                                                      | TAK | NIE |
| Podanie środka kontrastowego do badania tomografii komputerowej.                                                                                                                                                      | TAK | NIE |
| Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym. | TAK | NIE |

.....  
(data czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego;  
w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

|                          |  |              |
|--------------------------|--|--------------|
|                          |  | <b>Norma</b> |
| <b>Współczynnik eGFR</b> |  |              |
| <b>Poziom kreatyniny</b> |  |              |

**Przyjęta dokumentacja medyczna:**

**TAK**

**NIE**

|                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| Liczba CD: .....     | Liczba kart informacyjnych: ..... |
| Liczba opisów: ..... | Inne: .....                       |

CZYTELNY PODPIS PACJENTA: .....

Odmawiam dołączenia poprzedniej dokumentacji .....

/podpis Pacjenta/

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ : .....

DATA I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ: .....

|                                                                                                                                |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Wypełnia personel medyczny Pracowni TK</b><br>(w przypadku pacjenta hospitalizowanego wypełnia lekarz kierujący na badanie) |               |
| <b>Dokument został przyjęty i sprawdzony</b><br><br>Data.....                      Podpis.....                                 | <b>UWAGI:</b> |