Інформована згода пацієнта

Дата...............................................

Пан/пані.........................................

Номер за датою народження в ЧР........................................

Лікуючий лікар....................................

Плановані дії: Обстеження КТ із введенням йодної контрастної речовини у венозну систему

1. Для належного обстеження необхідно ввести йодну контрастну речовину до венозної системи. Після введення стануть помітні деякі структури і за їхньою поведінкою встановиться діагноз.

2. Йодна контрастна речовина – це препарат із вмістом йоду, призначений для внутрішньовенного введення. Імовірність будь-якого іншого, ніж йодної контрастної речовини для внутрішньовенного введення при цьому обстеженні неможлива.

У більшості випадків це введення переноситься добре, але, як і у всіх лікарських речовин, може призвести до побічних дій. Як правило, виникає легке та середньої тяжкості, що охоплює відчуття тепла, озноб, слабкість, нудота, блювотний рефлекс. В окремих випадках буває висип, іноді із свербінням, набряком та зниженням кров'яного тиску. Тільки дуже рідко можуть виникнути важливі побічні дії, що стосуються кардіоваскулярної системи – значно низький кров'яний тиск, задишка, порушення кровообігу. Найважливішим побічним дією є анафілактоїдна реакція, дуже рідко може мати смертельний результат.

3. Приймаю до уваги, що після проведеної процедури не матиму обмежень у нормальному способі життя та втрати трудоздатності.

4. Своїм підписом даю згоду на венозний катетер для введення йодної контрастної речовини під час обстеження та одночасно даю дозвіл на його введення.

5. Підтверджую, що я не перебуваю у стані вагітності та не припускаю цього стану (у жінок репродуктивного віку).

6. Маю алергію на:............................................ ...............................................

Тяжкі захворювання:............................................... ...................................

Який у Вас кров'яний тиск............................poct................ .......bec...................

7. Підтверджую, що на всі питання лікаря відповів(а) правдиво і нічого не приховав(ла)

8. Підтверджую, що був ознайомлений з вищезазначеною процедурою, з побічними діями, і у разі ускладнень згоден з невідкладними заходами, необхідними для їх усунення та для врятування життя чи здоров'я.

9. Підтверджую, що я мав(-ла) можливість задати лікувальному персоналу додаткові питання і що отримав(-ла) на них відповідь.

10. Підтверджую, що я був поінформований про можливість:

• Виявитись від отримання інформації про свій стан здоров'я

• Виразити заборону на передачу даної інформації будь-якій особі

• Визначити особи, яким ця інформація може бути передана

11. Даю згоду на відправлення мого лікарського висновку та візуальних документів (знімків) в електронному вигляді лікаря, який вимагав провести обстеження.

Підпис пацієнта................................................ ..................................................