

Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace
U Nemocnice 3066/1, 690 02 Břeclav,
IČ: 00 390 780; Tel: + 420 519 315 111 fax +420 519 372 112

RTG VYŠETŘENÍ S VYUŽITÍM IONIZUJÍCÍHO ZÁŘENÍ
POUČENÍ O VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka)**:.....

Oddělení:.....

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/ provedení výkonu a všech souvisejících skutečnostech.

V Břeclavi dne: v hod.:

.....
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře
(indikující lékař)

*Vážená paní, vážený pane,
rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamlčujeme žádnou závažnou skutečnost. Personálem oddělení Vám budou poskytnuty informace týkající se prováděného vyšetření. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjmacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročetl/a a doplnil/a informaci, že jste se s obsahem poskytnutých informací seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu.*

Souhlas pacienta s vyšetřením s využitím ionizujícího záření

Vyšetření:

Datum vyšetření:.....

Označte X

Jsem gravidní

Nejsem gravidní

Můžu být gravidní

Váha.....**kg**

Výška.....**cm**

Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

V Břeclavi dne: v hod.: Podpis:
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

Souhlas radiologického lékaře s indikací:

Jméno, příjmení, titul a podpis lékaře

Použité ochranné pomůcky: zástěra límec ochrana gonád

Expoziční hodnoty (v případě když se liší od expoziční tabulky) **Pro skiagrafii**

oblast	projekce	kV	mAs	vzdálenost OF	expoz. aut.	ohnisko	formát

Expoziční hodnoty (v případě když se liší od expoziční tabulky) **Pro skiaskopii**

oblast	projekce	kV skiaskop	mAs skiaskop

Poznámka:

RRA (který vyšetření provedl) :

Jméno, příjmení, titul a podpis

Nesouhlas pacienta s vyšetřením (nebo zákonného zástupce/opatrovníka):

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat.

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon vyšetření s využitím ionizujícího záření.

V Břeclavi dne: v hod.: Podpis:
pacient (zákonný zástupce/opatrovník)

Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav* z důvodu:.....

.....
.....

podepsat, svou vůli však projevil takto:

.....
.....

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník):Podpis:.....

* nehodící se škrtněte

** u osob nezletilých, pacientů s omezenou svéprávností