

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
Zakład Medycyny Nuklearnej

**Formularz świadomej zgody na procedurę medyczną
z użyciem izotopu promieniotwórczego**

DANE PACJENTA:

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ: Kobieta Oświadczam, że **jestem / nie jestem*** w ciąży.
 Mężczyzna

Ja niżej podpisany/a **wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę / nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie **procedury medycznej z użyciem izotopu promieniotwórczego** oraz **oświadczam**, że:

- zostałem/am poinformowany/a o zasadach i możliwych następstwach danej procedury medycznej,
- jestem w regularnym kontakcie z lekarzem prowadzącym i będę przestrzegać terminów wizyt kontrolnych,
- otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/am się z instruktażem dla pacjenta dla danej procedury medycznej,

a zostanie ona zrealizowana w Zakładzie Medycyny Nuklearnej w Gdańsku. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a o celu danej procedury medycznej oraz o możliwych powikłaniach, a także konsekwencjach w przypadku nie wyrażenia zgody na jej przeprowadzenie. Miałem/am możliwość uzyskania dodatkowych informacji związanych z proponowaną procedurą medyczną, a także wyjaśnienia wątpliwości i niejasności przekazanych informacji. Informacje w ten sposób uzyskane były dla mnie zrozumiałe, jasne, precyzyjne i wyczerpujące.

Jednocześnie **wyrażam / nie wyrażam zgody*** na przeprowadzenie procedur medycznych, gdy uzyskanie mojej zgody nie będzie możliwe z powodu ograniczenia zdolności do wyrażenia świadomej zgody, a zmiany te będą uznane przez zespół lekarzy z UCK za pilne i niezbędne dla kontynuowania leczenia.

.....
(data godzina i czytelny podpis pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Jako opiekun prawny dziecka (rodzic)/osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej **wyrażam / nie wyrażam*** zgody na przeprowadzenie powyżej wymienionego badania u mojego dziecka/osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej. Jednocześnie potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a, że wyżej wymienione badanie u mojego niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia dziecka/osoby częściowo ubezwłasnowolnionej/osoby ubezwłasnowolnionej, która jest w stanie ze zrozumieniem wypowiedzieć opinię w tej sprawie/ wymaga również zgody samego pacjenta.

.....
(data i czytelny podpis rodzica, osoby powyżej 16 lat, przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)

Uwaga: *niepotrzebne skreślić