

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ionizáló sugárzást alkalmazó vizsgálat elvégzéséhez várandós páciensek számára

— Kedves Páciensünk!

Önnek azért kell a jelen beleegyező nyilatkozatot kitöltenie, mert a vizsgálati beleegyező nyilatkozaton jelezte, hogy terhes vagy lehetséges, hogy terhes.

Az ionizáló sugárzás a magzatra nézve káros lehet. Az Affidea irányelve, hogy várandós vagy feltételezhetően várandós nők (12-50 év közöttiek) nem vehetnek részt ionizáló sugárzást alkalmazó vizsgálatban, kivéve, ha a beutaló orvos és/vagy a radiológus orvos/nukleáris medicina szakorvosa ezt klinikailag szükségesnek ítéli meg. A vizsgálatokat a maximális sugárvédelmi intézkedések betartása mellett végezzük.

Az embrió/magzatot érő sugárzás kis előfordulási gyakorisággal, de a következő kockázatokat hordozza (a felsorolás nem teljeskörű): gyermekkori rák kialakulásának fokozott veszélye, születési rendellenesség, szellemi visszamaradottság, kis fejméret és vetélés.

Kérjük, jelölje X jellel, hogy a terhessége mely szakaszában van:

1. trimeszter: 1-3 hónap
 2. trimeszter: 4-6 hónap
 3. trimeszter: 7-9 hónap

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott kijelentem, hogy teljes körű, számomra érthető és megfelelő írásbeli és szóbeli tájékoztatásban részesültem, különös tekintettel a vizsgálat céljáról, menetéről, elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, az esetleges szövődményekről, továbbá döntési jogomról a vizsgálatok, beavatkozások tekintetében.

Lehetőségem volt további kérdezésre, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre (ha volt ilyen) kielégítő választ kaptam, az elhangzottakat megértettem. Lehetőségem volt az eljárásban közvetlenül közreműködő személyek nevének, szakképesítésének és beosztásának megismerésére. Több kérdésem nincs, további gondolkodási időre nincs szükségem. Döntésem meghozatalához elegendő idő állt a rendelkezésemre, és a hozzájárulást bármely kényszertől mentesen, tiszta tudattal adom meg.

Úgy döntöttem, hogy elhalasztom a vizsgálatot

Elovestam és teljes mértékben megértettem a fentieket. Ezennel hozzájárulásomat adom az ionizáló sugárzást alkalmazó vizsgálat elvégzéséhez.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása

Amennyiben a PÁCIENS NEM TUD A MAGA NEVÉBEN nyilatkozni és/vagy aláírni, ennek oka

- 18 év alatti Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen felnőtt
 Egyéb – kérjük részletezze!

Törvényes képviselő teljes neve

(Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!)

Beleegyező nyilatkozat aláírásának dátuma