

Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:

Anyja neve:

Születési idő:

TAJ szám:

Tájékoztató és beleegyező nyilatkozat elektromágneses sugárzást alkalmazó vizsgálat (MR) 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 MR vizsgálat magzatra gyakorolt hatásairól egyelőre nincsenek pontos információk. Az Affidea irányelve, hogy várandós vagy feltételezhetően várandós nők (12-50 év közöttiek) nem vehetnek részt MR vizsgálaton, kivéve, ha a beutaló orvos és/vagy a radiológus orvos ezt klinikailag szükségesnek ítéli meg.

Az MR vizsgálatok nem jelentenek bizonyított kockázatot a várandós nőkre vagy a magzatra nézve. Az elmúlt 30 évben terhes nők ezrein végeztek MR vizsgálatot és semmilyen ismert káros hatást nem találtak a babára nézve.

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

Írásban és szóban tájékoztattak, azt követően lehetőségem volt további kérdésre, 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

Elolvastam és teljes mértékben megértettem a fentieket. Ezennel hozzájárulásomat adom az elektromágneses sugárzást alkalmazó vizsgálat elvégzéséhez.

Páciens (vagy törvényes képviselőjének az) 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