165	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice
	INFORMACJA I ZGODA NA WYKONANIE BADANIA RTG

Nazwisko Pacjenta/Pacjentki	
Imię Pacjenta/Pacjentki	Pesel

CZĘŚĆ I

I. INFORMACJE:

Badanie RTG (Rentgen) jest to badanie obrazowe, podczas którego prześwietla się określoną część ciała pacjenta promieniami rentgenowskimi. Badanie jest krótkie i bezbolesne. Jednorazowa dawka promieniowania jaką pacjent otrzymuje podczas prześwietlenia nie jest szkodliwa dla zdrowia.
Zgodnie z wymogami Prawa Atomowego każdy pacjent – również ten, który wykonuje badanie prywatnie – musi posiadać skierowanie od lekarza.
Dzieci do lat 16 oprócz skierowania muszą posiadać Książeczkę Zdrowia Dziecka. Każde badanie z użycie promieniowania rentgenowskiego u dziecka musi być odnotowane w KZD, w celu monitorowania ilości wykonywanych badań z użyciem promieniowania jonizującego.

II. PRZECIWWSKAZANIA:

Przeciwwskazaniem do wykonania zdjęcia rentgenowskiego jest ciąża.
Z uwagi na ryzyko uszkodzenia płodu pacjentka ma obowiązek poinformować personel medyczny, że jest w ciąży lub może być w ciąży (nie dotyczy to stanów zagrożenia życia).

III. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

Do klasycznych zdjęć rentgenowskich z reguły pacjent nie wymaga przygotowania. Wyjątek stanowi zdjęcie rentgenowskie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Przygotowanie do badania polega na stosowaniu lekkiej diety (bez pokarmów wzdymających) dzień przed badaniem i w dniu badania. Jeśli pacjent ma dużą tendencję do wzdęć dodatkowo powinien użyć Espumisan w dniu poprzedzającym oraz w dniu badania (3x2 kapsułki w przeddzień i 2 rano w dniu wykonania zdjęcia).

CZĘŚĆ 2 – OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Zostałam/zostałem szczegółowo poinformowana/poinformowany o podejrzewanym schorzeniu oraz proponowanym badaniu. Wiem na czym to badanie ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałam/zostałem szczegółowo poinformowana/poinformowany o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem badania, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku badania.
3. Miałam/miałem możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałam/uzyskałem zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi oraz wyjaśnienia.
4. W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłam/ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości, zarazem nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
5. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu badania i zobowiązuje się dokładnie przestrzegać zaleceń i wizyt kontrolnych.

CZĘŚĆ 3 – ZGODA PACJENTA

1. Zapoznałam/zapoznałem się z powyższą informacją dla pacjenta i zrozumiałam/zrozumiałem jej treść.
2. Zgadzam się na wykonanie badania RTG.

TAK □ NIE□

……..
Data, i czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna

…….

Data i podpis (pieczątka) lekarza

CZĘŚĆ 4 – OŚWIADCZENIE dot. ewentualnej ciąży (wypełniają wyłącznie pacjentki miesiączkujące)

Oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania RTG:

JESTEM W CIĄŻY□

NIE JESTEM W CIĄŻY □

PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIĄŻY □

Data i czytelny podpis pacjenta

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

……...

Data, podpis, pieczątka lekarza **Podpis pacjenta i/lub opiekuna prawnego**

Wydanie 4	*Obowiązuje od:02.11.2023*