



Nemocnice Pelhřimov, p.o.
Nemocnice Pelhřimov, p.o.
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
tel.: 565 355 111
IČO: 00511951
Radiodiagnostické odd.

identifikace pacienta
identifikace pacienta
pacient:
r.č.:
bydliště:
kód pojišť.:

Informovaný souhlas

ASISTENCE PŘI RTG VYŠETŘENÍ

Informující lékař/radiologický asistent: _____

Vážený pane, vážená paní,
byl/a jste požádán/a abyste se, jako asistent/ka, účastnil/a RTG vyšetření. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto o cíli výkonu, jeho provedení, i o případných možných rizicích. Zdravotnický pracovník, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád vysvětlí případné nejasnosti a odpoví na Vaše otázky.
Na závěr tohoto dokumentu budete požádán, abyste svůj případný souhlas s navrhovaným výkonem potvrdil vlastnoručním podpisem.

Účel: Je obecně zakázáno vystavit ionizujícímu záření, které je nezbytnou součástí RTG vyšetření, osoby jiné než vyšetřované. Výjimkou jsou situace, kdy je potřeba vyšetřit pacienta s asistencí doprovodu pro jeho ztíženou spolupráci s vyšetřujícím personálem (např. věk a zdravotní stav pacienta). Pomocí Vaší asistence bude vyšetření provedeno s minimálním rizikem chyb.

Povaha: RTG pracoviště Nemocnice Pelhřimov p.o. jsou vybavena ochrannými pomůckami proti působení RTG záření a je povinností personálu Vám tyto pomůcky nabídnout. Při použití ochranné zástěry je dávka záření snížena na zanedbatelnou mez a je to zpravidla jen několik tisícín promile celkové průměrné roční efektivní dávky z přírodního prostředí.

Rizika a komplikace: Přestože je dávka záření, které budete jako asistující osoba vystaven/a, velmi nízká, negativní vliv na Vaše zdraví nelze zcela vyloučit. Zvláště nebezpečné je záření v době těhotenství.

Doplňující dotazy: Pokud některým informacím plně nerozumíte, neváhejte se znovu zeptat zaměstnanců radiologického pracoviště. Vaše doplňující dotazy:

Souhlas

Prohlašuji, že se mnou zaměstnanec radiologického pracoviště provedl/a pohovor, při kterém mne vyčerpávajícím způsobem seznámil/a s mou **asistencí při RTG vyšetření**, se všemi negativními vlivy i případnými riziky. Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit doplňující dotazy, které mne v souvislosti s asistencí zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na můj zdravotní stav.

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM * s mou asistencí při vyšetření

V Pelhřimově dne:

Podpis asistující osoby:

Podpis informujícího:

** nehodící se škrtněte*