

Městská nemocnice, a. s.

Vrchlického 1504
544 01 Dvůr Králové n. L.
IČO: 25262238
DIČ: CZ25262238

Telefon: 499 300 611,
499 300 + č. linky
Fax: 499 320 515
WWW: www.mndk.cz
E-mail: mndk@mndk.cz

Identifikace pacienta

Pacient:
R.č.:
Bydliště:
Kód ZP:

Informovaný souhlas pacienta s výkonem ASISTENCE PŘI RTG VYŠETŘENÍ

Informující osoba:

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 Městské nemocnice a.s. 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 ošetřujícího lékaře. Vaše doplňující dotazy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Souhlas pacienta

Prohlašuji, že se mnou zaměstnanec radiologického pracoviště provedl pohovor, při kterém mne vyčerpávajícím způsobem seznámil 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/a jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na můj zdravotní stav.

Byly mi poskytnuté ochranné pomůcky.

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM * s mou asistencí při RTG vyšetření

Jméno: **Příjmení:** **Vztah k pacientovi:**

Ve Dvoře Králové n. L. dne: **Podpis asistující osoby:**

Podpis informujícího:

* *nehodící se škrtněte*