

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenie i/lub PESEL:

waga:

Data badania:

Oświadczenie opiekuna prawnego dotyczące pacjenta: proszę zaznaczyć TAK lub NIE

1.	Czy pacjent jest uczulony na jakiekolwiek leki?	TAK	NIE
2.	Czy pacjent cierpi na alergię / cukrzycę/ padaczkę/ hemofilię? jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe	TAK	NIE
3.	Czy pacjent miał wykonywane badanie z użyciem środka kontrastowego (tomografię komputerową, rezonans, angiografię)?	TAK	NIE
4.	Czy po podaniu kontrastu wystąpiły u pacjenta reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
5.	Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje?	TAK	NIE
6.	Czy istnieje możliwość, że pacjentka jest w ciąży?	TAK	NIE
7.	Czy rodzic/opiekun chce być z dzieckiem w czasie badania?	TAK	NIE

Nie zaleca się wykonywania badania w ciąży, szczególnie w jej pierwszym trymestrze, poza stanami bezpośredniego zagrożenia życia.

Ja, niżej podpisany (a)

zamieszkały,

świadom(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że

- jestem opiekunem prawnym pacjenta,
- powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym,
- poinformowano mnie w sposób jasny i zrozumiały o celowości badania, jego przebiegu, przeciwwskazaniach do badania, możliwych następstwach i ryzyku powikłań oraz nie mam żadnych dalszych pytań.

**WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA
WLEWU ŚRODKA KONTRASTOWEGO DOODBYTNICZO.**

data

.....
czytelny podpis rodzica/ opiekuna
(oraz pacjenta, jeśli ukończył 16 lat)

.....
podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego do badania

Oświadczenie w przypadku obecności opiekuna przy dziecku podczas badania (dotyczy wyłącznie kobiet):
Ja, niżej podpisana, oświadczam, że w dniu wykonania badania nie jestem w ciąży.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna