

FORMULAR DE INREGISTRARE A PACIENTULUI

Nume/prenume pacient _____

Inaltime ___ cm; Greutate ___ kg

CNP _____

Nr. telefon: _____

Adresa de e-mail: _____

Data: ___/___/___

Investigatia RX: _____

Medic examinator: _____

Trimis de medicul: _____

INFORMARE PRIVIND EXAMINAREA RADIOLOGICA

Investigația radiologica se efectuează numai la recomandarea scrisa a unui medic specialist. Aceasta examinare consta in explorarea cu ajutorul razelor X a unui segment din corpul uman.

Investigația se efectuează în ordinea programarilor.

Se poate însă întâmpla ca din cauza unor pacienti în stare gravă (urgente), sau din cauza unor lucruri neprevazute, investigația dvs. să nu înceapă la ora stabilită. Pentru aceasta apelăm la înțelegerea dumneavoastră și vă cerem anticipat scuze!

Rezultatul nu se elibereaza pe loc, ci in 48-72 de ore lucratoare. In cazul eliberarii mai devreme a acestuia veti fi anuntat telefonic de catre receptie, sa ridicati rezultatul.

Va rugam :

- sa aveti bilet de trimitere de la medicul specialist
- sa prezentati la receptie documentele cerute (bilete de iesire din spital, rezultate CT/RM/ecografice anterioare/ rezultate de la examene histopatologice/ biopsii unde este cazul/

analize de sange tip markeri tumorali si unde exista CD-uri de la un CT sau RM anterior, aducerea acestora pentru compararea imaginilor in mod corect pe calculator. Filmele clasice sunt partial utile si sunt folosite si cerute doar in situatia in care nu exista CD-uri disponibile)

-sa permiteti xeroxarea documentelor necesare medicului radiolog si atasarea copiilor la formularul de consimtamant

-sa completati formularul, inclusiv la rubricile referitoare la afectiunile pe care le-ati avut sau le aveti in prezent - pentru ca examenul sa se faca comparativ in evolutie. Pentru medicul de radiologie imagistica medicala si pentru elaborarea unui rezultat cat mai complet acestea sunt necesare

-in cazul in care nu prezentati documentele anterioare referitoare la afectiunile de care suferiti, sau nu prezentati CD-uri sau DVD-uri anterioare (cu investigatiile imagistice efectuate), in scopul compararii imaginilor si aprecierii evolutiei bolii in dinamica, examinarea va fi interpretata doar in baza datelor furnizate, rezultatul putand fi neconcludent in acest sens. Nu se va rescrie rezultatul in cazul prezentarii ulterioare (dupa eliberarea rezultatului) a acestor documente.

Atentie!

Daca sunteti insarcinata va rugam sa anuntati personalul medical, examenul radiologic fiind **complet contraindicat in sarcina, in orice perioada a acesteia.**

Protocolul de examinare presupune, in functie de caz:

- predarea formularului la receptie dupa completare
- preluarea dumneavoastra de catre asistent
- veti fi introdus in sala de radiologie
- pozitionarea dvs de catre asistentul de radiologie
- efectuarea de catre asistentul de radiologie a achizițiilor conform protocolului stabilit de medicul examinator
- la finalul examinarii veti cobori de pe masa si veti fi rugat sa va schimbati
- va veti intoarce la receptie unde vi se va comunica daca sau ce aveti de platit

DECLARAȚIE DE ACORD

Inainte de semnarea consimtamantului, va rugam sa cititi cu atentie urmatoarele intrebari .
Incercuiti ce considerati sau cunoasteti a fi adevarat privind datele din istoricul dumneavoastra.

- **Ati mai efectuat un examen radiologic?** _____ **DA/NU**
- Daca DA, va rugam anexati DVD/CD/film radiologic/rezultat anterior
- **Ati efectuat interventii chirurgicale?** _____ **DA/NU**

- Denumirea interventiei si anul _____

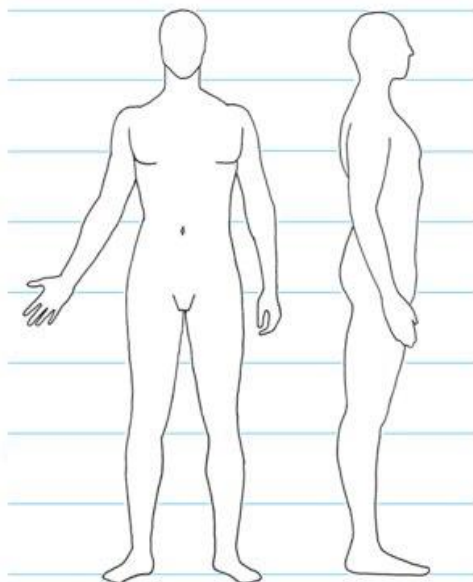
- Materiale metalice de sutura _____ DA/NU
- Clipuri chirurgicale _____ DA/NU
- Proteze articulare/ material de osteosinteza _____ DA/NU
- Materiale stomatologice _____ DA/NU
- Proteze auditive _____ DA/NU
- Corpi straini intraoculari _____ DA/NU
- Schije, obiecte metalice, decorative (piercing) _____ DA/NU
- Ati facut chimioterapie? (pentru pacientii cu cancer) _____ DA/NU
- Ati facut radioterapie? (pentru pacientii cu cancer) _____ DA/NU
- Data ultimei cure de radioterapie (pentru pacientii cu cancer) _____
- Sunteti purtator de:
 - Pacemaker _____ DA/NU
 - Valve cardiace metalice _____ DA/NU
 - Stenturi _____ DA/NU
- **În cazul femeilor:**
- Sunteti insarcinata? _____ DA/NU
- Data ultimei menstruatii _____ / _____ / _____ / NU STIU*
- Sunteti la menopauza _____ DA/NU (*)

○*In cazul in care raspunsul la intrebarea "**data ultimei menstruatii**" este "**nu stiu**", examinarea ce implica doza de radiatii **nu poate fi efectuata decat dupa obtinerea unui rezultat scris la analiza beta HCG, pentru a se dovedi existenta sau inexistenta unei sarcini**. Acelasi lucru se aplica si in cazul in care, de la data ultimei menstruatii pana la efectuarea respectivei examinari au trecut 30-45 zile (1 luna-1 luna jumatate)

Comentariile pacientului:

Va rugam completati cu propriile dumneavoastra cuvinte ceea ce simtiti, referitor la dureri, disconfort fizic sau alte simptomatologii importante in vederea interpretarii acestei examinari:

Va rugam , daca este cazul, marcati pe imaginea alaturata zona dureroasa/ cu afectiuni :



Semnatura mea pe acest document inseamna ca:

- am citit si am inteles informatiile din formularul << **Informare privind examinarea radiologica**>>

- declar ca am inteles procedura si am fost informat asupra riscurilor si beneficiilor acesteia cat si asupra riscurilor si beneficiile procedurilor alternative

- autorizez si consimt efectuarea examinarii

- am primit in original toate actele predate pentru aceasta procedura

Semnatura pacient/ Reprezentant legal _____

Data: ____/____/____