CONSIMŢĂMÂNT INFORMAT

al pacientului pentru investigaţia de PET-CT

Subsemnatul(a), ............................, CNP .........................., domiciliat(ă) în ........................................................, str. .......................................................... nr. ........, identificat(ă) cu BI/CI seria ....... nr. ........................., am fost informat de domnul/doamna dr. ...................................................................... despre necesitatea efectuării investigaţiei PET/CT, despre modalitatea practică de realizare a procedurii, riscurile, complicaţiile şi posibilele incidente sau accidente, precum şi despre rezultatele aşteptate.

  Declar următoarele:

  1. Toate informaţiile cuprinse în prezentul consimţământ referitoare la persoana mea sunt adevărate.

  2. Am fost informat(ă) cu privire la investigaţie, am citit nota de informare şi am discutat cu medicul curant toate întrebările pe care le aveam despre procedură.

  3. Mă angajez să respect integral programarea pentru efectuarea investigaţiei, să anunţ furnizorul despre situaţiile de forţă majoră care mă împiedică să ajung la data şi ora programată şi accept să fiu reprogramat(ă) la o dată ulterioară şi fără costuri suplimentare din partea mea, în cazul în care din motive independente de furnizor nu se poate realiza procedura de investigaţii PET-CT (de exemplu, imposibilitatea de utilizare a aparaturii PET-CT înainte/după injectarea sau diminuarea activităţii radiotrasorului sub necesar).

  4. Accept rezultatul investigaţiei şi diagnosticul medicului care a efectuat investigaţia şi mă oblig să îl transmit medicului curant oncolog.

  5. Voi respecta toate instrucţiunile şi indicaţiile date de furnizor cu privire la efectuarea investigaţiei.

  6. Sunt de acord să efectuez investigaţia PET-CT conform recomandării medicului curant şi cu administrarea de substanţă radioactivă. Am fost informat despre efectele acesteia, acţiunile şi riscurile posibile.

  7. Alte informaţii (Se pot detalia de furnizori.): ……………………………………………...

  8. Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 şi cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenţei medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Semnătura pacientului: Părinte/Tutore:

Data: