

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN COMPUTER TOMOGRAFIE (CT)

A. Datele pacientului	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	CNP	
B. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	Calitatea	
	CNP	
C. Regiune investigată**		

* Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007

** Rubrica C se completează de către cadrul medical de radiologie.

- 1. Tomografia computerizată (CT) este o investigație imagistică** care utilizează razele X, având un sistem inteligent de scădere a dozei de radiații X/examinare. Investigația este foarte rapidă, permite scanarea unor volume mari, precum și generarea de secțiuni ultrasubțiri.
- CT se efectuează la recomandarea medicului curant.
- Este **strict interzisă** efectuarea investigației de către femeile gravide.
- Persoanele cu afecțiuni tiroidiene, mielom multiplu și diabet zaharat non-insulino-dependent necesită o pregătire specială pre-examinare.
- Înainte de semnarea consimțământului informat, vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să răspundeți cu DA sau NU (bifați):

1	1a. Vi s-a mai administrat substanță de contrast pe bază de iod?	☐ Da	☐ Nu
	1b. Dacă DA, ați avut reacții alergice?	☐ Da	☐ Nu
2	2a. Aveți reacții alergice la medicamente?	☐ Da	☐ Nu
	2b. Dacă DA, la ce medicamente:		
3	Suferiți de epilepsie (afecțiune neurologică caracterizată prin cel puțin 2 crize epileptice)?	☐ Da	☐ Nu
4	Suferiți de astm bronșic?	☐ Da	☐ Nu
5	5a. Aveți hipertensiune arterială?	☐ Da	☐ Nu
	2b. Dacă DA, care sunt valorile tensiunii arteriale:		
6	La femeile cu vârstă fertilă: Aveți cunoștință despre o posibilă sarcină?	☐ Da	☐ Nu

- 6. Declar pe propria răspundere că NU SUNT ALERGIC la:** praf, puf, scame, pene, detergenți, cloruri, alte substanțe chimice, medicamente, fructe, legume sau iod.
- Am fost informat** despre întregul proces de examinare CT, inclusiv despre beneficiile și riscurile examinării CT, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.
- ☐ **Sunt de acord/** ☐ **Nu sunt de acord** ca medicul curant și medicul radiolog să utilizeze în scop didactic și documentar științific imaginile înregistrate în timpul examinării (filmul examinării), cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.
- Vă rugăm să bifați opțiunea dumneavoastră cu privire la administrarea substanței de contrast iodată:**
☐ **Sunt de acord** să mi se administreze substanță de contrast iodată, pentru un rezultat concludent.
☐ **Nu sunt de acord** să mi se administreze substanță de contrast iodată și îmi asum riscul unui rezultat neconcludent.

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII CT.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal
care consimte informat la efectuarea examinării CT

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării examinării CT și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII CT.**

Data: ____/____/____

Semnătura pacientului/reprezentantului legal
care refuză efectuarea examinării CT

III. În cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi:

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular, a fost citit de către _____ (numele și prenumele cadrului medical de radiologie care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ acordul pentru efectuarea examinării CT/☐ refuzul pentru efectuarea examinării CT, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: _____

Data: ____/____/____

Semnătura martorului