



ZGODA NA TOWARZYSZENIE I PODTRZYMYWANIE PACJENTA PODZAS BADANIA SCYNTYGRAFICZNEGO

Informacja o ryzyku

Scyntygrafia to metoda diagnostyczna wykorzystująca substancje promieniotwórcze do obrazowania i badania stanu narządów wewnętrznych. Podczas badania scyntygraficznego pacjentowi podawany jest izotop lub radiofarmaceutyk, który ulega w krótkim czasie rozpadowi i jest dość szybko wydalany z organizmu w procesach metabolicznych. Dawka promieniowania jonizującego podczas scyntyigrafii nie przekracza dawki promieniowania otrzymywanej podczas tomografii komputerowej, jest zatem niewielka, stąd badanie nie stanowi istotnego zagrożenia dla osób opiekujących się pacjentem w czasie badania scyntygraficznego i po jego zakończeniu. Z wyliczeń wynika, że ciągły kontakt z pacjentem, w czasie i po badaniu scyntygraficznym, do czasu całkowitego rozpadu izotopu, w odległości 1m od pacjenta nie spowoduje przekroczenia poziomu narażenia dla opiekuna (określonego polskim prawem). Jednak ze względu na obowiązujące przepisy opiekunem pacjenta po podaniu izotopów lub radiofarmaceutyków może być osoba, która: jest tego świadoma, jest pełnoletnia i nie jest w ciąży.

Szczegółowe postępowanie po badaniu zawiera **Instrukcja postępowania dla osób, które świadomie i z własnej woli udzielają pomocy pacjentom po badaniu scyntygraficznym**, która stanowi integralną część Zgody na towarzyszenie i podtrzymywanie pacjenta podczas badania scyntygraficznego.

Ja, niżej podpisany/a
oświadczam, że: (imię i nazwisko rodzica/ opiekuna / osoby towarzyszącej pacjentowi)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(PESEL rodzica/ opiekuna / osoby towarzyszącej pacjentowi)

- 1) Otrzymałem/am instrukcję postępowania dla osób, które świadomie i z własnej woli udzielają pomocy pacjentom po badaniu scyntygraficznym.
- 2) Zapoznałem/am się z Instrukcją postępowania i zrozumiałem/am zasady postępowania w niej zawarte.
- 3) Wyrażam świadomą zgodę na towarzyszenie i w razie potrzeby podtrzymywanie pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
(PESEL pacjenta)

podczas badania scyntygraficznego.

Data i czytelny podpis osoby towarzyszącej pacjentowi podczas badania	
Czytelny podpis pracownika rejestrującego pacjenta	

Dotyczy kobiet

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

.....
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna/ osoby towarzyszącej pacjentowi)