**CONSIMŢĂMÂNT PENTRU EXAMEN CT**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Datele pacientului** | Numele şi prenumele: |
| Domiciliul/reşedinţa: |
| Legitimat cu B.I/C.I. seria……..nr……………………………………..., CNP……………………………………………………………………… |
| **2. Reprezentantul legal al pacientului\*)** | Numele şi prenumele: |
| Domiciliul/reşedinţa: |
| Legitimat cu B.I/C.I. seria\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_, CNP……………………… |
| Calitatea …………..actul doveditor…………………………………….. |
| \*) Se utilizează în cazul majorilor fără discernământ conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică  În cazul pacientului minor, acordul scris se va obţine de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin **rudă cea mai apropiată** în sensul prezentului alineat se înţelege rudele majore care însoţesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.  În cazul pacientului major cu care medicul, asistentul medical/moaşa nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiţiei medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimţământului, acordul scris se poate obţine de la soţul/soţia sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin **ruda cea mai apropiată** se înţelege, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv. | |

Date antropometrice pacient : înălțime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ greutate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intervenții chirurgicale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examene radiologice anterioare : denumire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cu/fără s.c.\_\_\_\_\_

Dacă da, se menționează felul acesteia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHESTIONAR :

1. Alergii medicamentoase/alimentare ? DA/NU

2. Sunteți diagnosticat cu insuficiență cardiacă sau afecțiuni cardiace ? DA/NU

3. Aveți diabet zaharat ? DA/NU

Dacă DA, atunci : tratament/doza/periodicitate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Ați avut sau aveți afecțiuni renale ? DA/NU

Dacă DA, atunci : denumire afecțiune/tratament/doza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Sunteți diagnosticat cu astm bronșic ? DA/NU

Dacă DA : tratament/doza/periodicitate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Sunteți claustrofob ? DA/NU

7. Sunteți însărcinată ? DA/NU

8. Alăptați ? DA/NU

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sunt de acord, ca la recomandarea medicului curant să efectuez investigația CT. Am fost informat(a) corespunzător despre metoda de investigare. La întrebările mele am primit răspunsuri concludente.

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sunt/nu sunt de acord cu administrarea substanței de contrast, fiind informat(a) de efectele adverse ale acesteia.

Data, Semnătura pacientului/reprezentantului legal,