



ACORD PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRILOR RADIOLOGICE

• **Operator:** Nume: Prenume:
Data: Ora: Proveniența pacientului:
• **Date de identificare pacient:** Nume: Prenume:
CNP :
Tipul investigației: Diagnostic de trimitere:

Aveți implanturi? DA NU
(dacă **da**, vă rugăm să precizați mai jos tipul de implant)

Știți că aveți așchii metalice, obiecte metalice sau de altă natură în corp? DA NU
(dacă **da**, vă rugăm să precizați mai jos tipul și zona unde se află respectivul corp străin)

Ați mai fost supus unor investigații la care vi s-a administrat substanță de contrast? DA NU
Ați avut reacții adverse în urma administrării?
(dacă **da**, vă rugăm să precizați mai jos reacțiile adverse avute)

Sunteți însărcinată? DA NU
Suferiți de tulburări auditive? DA NU
Suferiți de vertij cu decubit dorsal (aveți amețeli când stați pe spate)? DA NU
Aveți dureri puternice, suferiți de agitație? DA NU
Ați avut sau aveți hemoragii digestive recente? DA NU
Ați mâncat cu 6 ore înainte de efectuarea investigației? DA NU
Ați fost supus(ă) unor examinări cu substanță baritată cu:
- 48 ore înaintea investigației din această zi? DA NU
- Ați fumat în această dimineață? DA NU
- Ați luat medicamente înaintea acestei examinări? DA NU
- Vă aflați sub tratament medicamentos? DA NU

(dacă **da**, vă rugăm să precizați mai jos medicația administrată)

La câte investigații radiologice ați fost supus(ă) în ultimele 12 luni? _____
Care este data ultimei investigații radiologice? _____
Doza de radiații acumulate pe parcursul a ultimelor 12 luni este mai mică de 20 mSv? DA NU
Suferiți de boli de sânge, limfoame, leucemie sau tumori maligne?
(dacă **da**, vă rugăm să precizați tipul de boală) _____

În cazul neefectuării investigației nu se poate stabili un diagnostic corespunzător.

În cazul neadministrării substanței de contrast diagnosticul poate fi incomplet.

Greutatea (masa) corporală: _____ kg Înălțimea: _____ cm

Sunt de acord ca imaginile și rapoartele medicale ale examinărilor efectuate DA NU

astăzi să fie stocate pentru a fi disponibile în cazul unui tratament de urgență.

Sunt de acord ca informațiile oferite să fie prelucrate în baza de date a unității DA NU

Semnătura pacientului:

Motivul solicitării acordului aparținătorului / reprezentantului legal / tutorelui / curatorului / autorității tutelare etc.:

Semnătura aparținătorului:

OPERATOR:

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI: