



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ - ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Καθηγητής ΙΩΑΝΝΗΣ Β. ΦΕΖΟΥΛΙΔΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

1. Ο υπογεγραμμένος
Διεύθυνση:
Τηλέφωνο:
(σε περίπτωση ανικάνου προς δικαιοπρακτική δήλωση ασθενή αναφέρεται το όνομα του κατά νόμον εκπροσώπου αυτού)
δίνω την συγκατάθεσή μου για την εφαρμογή της κάτωθι Ακτινολογικής Επεμβατικής Πράξης.
.....
.....
2. Ο ιατρός μου εξήγησε τα ακόλουθα
Α) Το είδος και τον σκοπό της επέμβασης σε γενικές γραμμές
.....
.....
.....
Β) Τους κινδύνους που συνεπάγεται αυτή η επέμβαση
Γ) Τους εναλλακτικούς τρόπους θεραπείας
3. Αποδέχομαι ότι κατά την διάρκεια της επέμβασης, απρόβλεπτες καταστάσεις μπορεί να απαιτήσουν επιπρόσθετη ή διαφορετική διαδικασία από αυτή που μου εκτέθηκε παραπάνω. Γι' αυτό δίνω την συγκατάθεσή μου και ζητώ όπως ο ιατρός ή οι συνεργάτες του εκτελέσουν όλες τις ιατρικές πράξεις που αυτοί θα κρίνουν αναγκαίες. Αυτή η συγκατάθεση συμπεριλαμβάνει και καταστάσεις που ήταν άγνωστες στον ιατρό κατά τον χρόνο έναρξης της επέμβασης.
4. Δίνω/δεν δίνω τη συγκατάθεσή μου για την φωτογράφιση ή τη βιντεοσκόπηση της επέμβασης ή της διαδικασίας που πρόκειται να διενεργηθεί και που θα περιλαμβάνει κάποια σημεία του σώματός μου για ιατρική, επιστημονική έρευνα ή εκπαιδευτικούς σκοπούς, υπό τον όρο ότι δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά μου από τις εικόνες ή συνοδευτικούς τίτλους.
5. Για την προαγωγή της ιατρικής εκπαίδευσης συναινώ/δεν συναινώ στην είσοδο παρατηρητών στο χώρο όπου πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

6. Αναγνωρίζω ότι το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας μπορεί, κατά τη δική του εκτίμηση, να διατηρήσει και να χρησιμοποιήσει ή να εκθέσει για επιστημονική έρευνα, θεραπευτικούς ή εκπαιδευτικούς λόγους οποιοδήποτε υλικό ή ιστούς που προέρχονται από το σώμα μου κατά την διάρκεια της νοσηλείας μου.
7. Δέχομαι να υποβληθώ σε μετάγγιση αίματος ή άλλων παραγώγων του, εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο από τον θεράποντα ιατρό μου, γνωρίζοντας ότι η μετάγγιση αίματος ή άλλων παραγώγων του εγκυμονεί ποσοστό κινδύνου μόλυνσης με ηπατίτιδα ή άλλες μολύνσεις και επιπλοκές
8. Δίνω την συγκατάθεσή μου να υποβληθώ σε γενική αναισθησία, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο από τον θεράποντα ιατρό μου.
9. Γνωρίζω ότι η Μονάδα εντατικής θεραπείας ενδέχεται να παρακολουθείται από κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης, με σκοπό τη βέλτιστη παρακολούθηση των ασθενών.
- 10. ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΟΥΝ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΩΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΩΝ.**
Ενημερώθηκα για τους κινδύνους που συνεπάγονται από την επέμβαση και την Ιοντίζουσα Ακτινοβολία σε περίπτωση εγκυμοσύνης και υποβλήθηκα /δεν υποβλήθηκα σε εξέταση εγκυμοσύνης (το οποίο είναι θετικό/αρνητικό).
11. Γνωρίζω ότι όλα τα κενά διαστήματα του εγγράφου είτε συμπληρωθούν είτε διαγράφηκαν πριν την υπογραφή μου.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../..... Ώρα:

.....
(Ο Ασθενής ή πρόσωπο νομίμως
Εξουσιοδοτημένο να συναινέσει)

.....
(Υπογραφή Ιατρού)

.....
(Υπογραφή Διερμηνέα)

.....
(Υπογραφή Μάρτυρα)

.....
(Υπογραφή Μάρτυρα)