ANEXA 2
(Anexa nr. 12^2.2 la normele tehnice)

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT
al pacientului pentru investigația de PET-CT

Subsemnatul.....,CNP| | | | | | | | | | | | | |

domiciliat(ă) în....., str....., nr.....

....., identificat cu BI/CI seria....., nr....., am

fost informat de dl./dna dr.....

despre necesitatea efectuării investigației PET/CT, a modalității practice de realizare a procedurii, a riscurilor, a complicațiilor şi posibilelor incidente sau accidente precum şi asupra rezultatelor aşteptate.

DECLAR URMĂTOARELE:

1. Toate informațiile cuprinse în prezentul consimțământ, referitoare la persoana mea sunt adevărate.
2. Am fost informat cu privire la investigație, am citit Nota de informare şi am discutat cu medicul curant toate întrebările pe care le aveam despre procedură.
3. Mă angajez să respect integral programarea pentru efectuarea investigației, să anunț furnizorul situațiile de forță majoră care mă împiedică să ajung la data şi ora programată şi accept să fiu reprogramat la o dată ulterioară şi fără costuri suplimentare din partea mea, în cazul în care din motive independente de furnizor nu se poate realiza procedura de investigații PET-CT (ex: imposibilitatea de utilizare a aparaturii PET-CT înainte/după injectarea sau diminuarea activității radiotrasorului sub necesar).
4. Accept rezultatul investigației şi diagnosticul medicului care a efectuat investigația şi mă oblig să-l transmit medicului curant-oncolog.
5. Voi respecta toate instrucțiunile şi indicațiile date de furnizor cu privire la efectuarea investigației.
6. Sunt de acord să efectuez investigația PET-CT conform recomandării medicului curant şi cu administrarea de substanță radioactivă. Am fost informat despre efectele acesteia, acțiunile şi riscurile posibile.
7. Alte informații: *(se pot detalia de furnizori)*.....
8. Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu prevederile regulamentului (UE) nr. 679/2016 şi a prevederilor legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Semnătura pacientului: Părinte/Tutore:

Data: