

# CT cu Emisie Pozitronică - PET/CT

|                 |               |           |         |   |   |   |   |
|-----------------|---------------|-----------|---------|---|---|---|---|
| Nume & Prenume  | Data nașterii | Z         | Z       | L | L | A | A |
| CNP             |               |           |         |   |   |   |   |
| Nr. Pacient     |               |           |         |   |   |   |   |
| Nr. Telefon     |               |           |         |   |   |   |   |
| Sex (încercuți) |               | Bărbătesc | Feminin |   |   |   |   |

## Subsemnatul/ Subsemnata,

### cu domiciliul în:

Localitatea: \_\_\_\_\_ Sector/ Județ: \_\_\_\_\_

Bd./ Str./ Al./ Intr.: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_ Bloc: \_\_\_\_\_ Scara: \_\_\_\_\_ Etaj: \_\_\_\_\_ Apartament: \_\_\_\_\_

Cod poștal: \_\_\_\_\_

B.I./ C.I./ Pașaport Seria: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Eliberat de: \_\_\_\_\_

am fost informat de către Dl./Dna Dr.  
despre necesitatea efectuării investigației PET/CT, a modalității practice de realizare a procedurii, a riscurilor, complicațiilor și posibilelor incidente sau accidente ce pot interveni, precum și asupra rezultatelor așteptate și, ca atare,  
**DECLAR ȘI CONSIMT URMĂTOARELE:**

1. Toate informațiile cuprinse în prezentul document, referitoare la persoana mea sunt complet adevărate.
2. Am fost informat cu privire la investigație, am citit Nota de Informare și am discutat cu medicul curant toate întrebările sau neclaritățile pe care le aveam despre procedură.
3. Mă angajez să respect integral programarea pentru efectuarea investigației, să anunț furnizorului situațiile de forță majoră care mă împiedică să ajung la data/ora programată și accept să fiu reprogramat/ă la o dată ulterioară fără costuri suplimentare din partea mea, în cazul în care, din motive independente de voința sa, furnizorul nu poate realiza procedura de investigații PET/CT. (Ex: imposibilitatea de utilizare a aparaturii PET/CT înainte și/sau după injectare sau diminuarea activității radiotrasorului sub nivelul tehnologic necesar).
4. Înțeleg să accept rezultatul investigației și diagnosticul medicului specialist care a efectuat investigația fără a pretinde vreun drept ulterior investigației în temeiul sau decurgând din prestarea de servicii medicale de către furnizorul de servicii PET-CT și mă oblig să-l transmit medicului meu curant - oncolog.
5. Sunt conștient că investigația prezintă limitări din punct de vedere tehnic, că rezultatul acesteia nu conferă un grad de certitudine totală și că unele tipuri de tumori (în special cele cerebrale, cardiace sau prostată) nu pot fi evaluate la PET-CT.
6. Am luat la cunoștință că această investigație PET-CT este pentru posibile afecțiuni neoplazice și nu pentru afecțiuni cardiovasculare și/sau neurologice.
7. Voi respecta toate instrucțiunile și indicațiile date de furnizor cu privire la efectuarea investigației.
8. Sunt de acord să efectuez investigația PET/CT conform recomandării medicului curant și cu administrarea de substanță radioactivă, fiind informat asupra acțiunii acesteia.

În perioada așteptării pentru investigație vă rugăm să vă scoateți toate bijuteriile metalice, ceasul de mână, agrafele de păr, monede/ portofelul, chei, proteza auditivă, telefonul mobil - pe care vă rugăm să îl închideți.

Certific că răspunsurile mele la acest chestionar sunt adevărate și conforme cu realitatea și înțeleg faptul că răspunsurile mele incomplete sau informațiile necomunicate pot denatura rezultatul acestei investigații.  
Sunt de acord ca Affidea România să ceară și să consulte rezultatele și imaginile investigațiilor mele anterioare și certific că am fost informat de drepturile mele ce decurg din legea 677/2001, cu modificările și completările ulterioare și sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie procesate de către Affidea Romania.

Observații

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Semnătura pacientului/ părinte/ tutore:

Data: Z Z L L A A

# CT cu Emisie Pozitronică - PET/CT

|                |  |                  |           |         |   |   |   |   |
|----------------|--|------------------|-----------|---------|---|---|---|---|
| Nume & Prenume |  | Data nașterii    | Z         | Z       | L | L | A | A |
| CNP            |  | Nr. Pacient      |           |         |   |   |   |   |
| Nr. Telefon    |  | Sex (Incercuiți) | Bărbătesc | Feminin |   |   |   |   |

## Subsemnatul/ Subsemnata, domiciliat/ă în,

|                        |                |                      |        |             |  |
|------------------------|----------------|----------------------|--------|-------------|--|
| Localitatea:           | Sector/ Județ: |                      |        |             |  |
| Bd./ Str./ Al./ Intr.: |                |                      |        |             |  |
| Nr.:                   | Bloc:          | Scara:               | Etaj:  | Apartament: |  |
| Cod poștal:            |                | B.I./ C.I./ Pașaport | seria: | Nr.         |  |

am fost informat de către Dl./Dna Dr. \_\_\_\_\_  
despre necesitatea efectuării investigației PET/CT, a modalității practice de realizare a procedurii, a riscurilor, complicațiilor și posibilelor incidente sau accidente ce pot interveni, precum și asupra rezultatelor așteptate și, ca atare,

### CONSIMT URMĂTOARELE:

1. Toate informațiile cuprinse în prezentul document, referitoare la persoana mea sunt întrutotul adevărate.
2. Am fost informat cu privire la investigație, am citi Nota de Informare și am discutat cu medicul curant toate întrebările sau neclaritățile pe care le aveam despre procedură.
3. Am fost informat și cunosc că procedura este efectuată în considerarea persoanei mele, potrivit recomandărilor medicului meu curant. De aceea, mă angajez să respect integral programarea pentru efectuarea investigației, fiind obligat să anunț Affidea în cel mai scurt timp posibil despre orice situații de forță majoră stabilite de lege care mă împiedică să ajung la data/ora programată. Sunt de acord și accept să fiu reprogramat la o dată/oră ulterioară fără costuri suplimentare din partea mea în cazul în care, din motive independente de voința sa, furnizorul nu poate realiza procedura de investigații PET/CT (ex: imposibilitatea de utilizare a aparatului PET/CT înainte și/sau după injectare și/sau diminuarea activității radiotrasorului sub nivelul tehnologic necesar).
4. Accept rezultatul și diagnosticul medical al investigației și mă oblig să-l transmit medicului meu curant/ oncolog.
5. Voi respecta toate instrucțiunile și indicațiile date de furnizor cu privire la efectuarea investigației.
6. Sunt de acord să efectuez investigația PET/CT conform recomandării medicului curant și cu administrarea de substanță radioactivă. Am fost informat despre efectele acesteia, acțiunile și riscurile posibile.
7. Am fost informat și consimt benevol ca în cazul în care renunț, din orice motiv, la efectuarea investigației PET/CT și anunț Affidea România cu cel puțin 2 (două) zile lucrătoare înainte de data programată a investigației, beneficiaz de o rambursare parțială de 50% din valoarea plătită a investigației. Cunosc și accept că în cazul în care nu mă prezint la data și/ sau ora la care am fost programat pentru realizarea investigației PET/CT, și/sau în cazul în care renunț la efectuarea investigației fără informarea Affidea, ori cu informarea într-un termen mai mic decât cel menționat mai sus, nu voi avea dreptul la nicio rambursare din valoarea plătită a investigației și nu voi putea pretinde nicio despăgubire din partea Affidea România.

În perioada așteptării pentru investigație vă rugăm să scoați toate bijuteriile metalice, ceasul de mână, agrafele de păr, monede/ portofelul, chei, proteza auditivă, telefonul mobil - pe care vă rugăm să îl închideți.

Certific că răspunsurile mele la acest chestionar sunt adevărate și conforme cu realitatea și înțeleg faptul că răspunsurile mele incomplete sau informațiile necomunicate pot denatura rezultatul acestei investigații. Sunt de acord ca Affidea România să ceară și să consulte rezultatele și imaginile investigațiilor mele anterioare și certific că am fost informat cu privire la drepturile mele ce decurg din legea 677/2001, cu modificările și completările ulterioare și sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie procesate de către Affidea Romania.

Observații

Semnătura pacientului/ părinte/ tutore:

Data:

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Z | Z | L | L | A | A |
|---|---|---|---|---|---|