

**FORMULARZ ZGODY / OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o definicji, celowości i przebiegu leczenia oraz zasadach ochrony radiologicznej. Rozumiem w pełni treść przekazanych mi informacji. Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje wymagania co do informacji o radiosynowektomi za pomocą preparatów 90Y, 186Re.

Zgadzam się na zaproponowane leczenie.

PESEL : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis pacjenta .....

Warszawa, dnia .....

Oświadczam, że nie istnieje podejrzenie ciąży\* **czytelny podpis** .....

\*dotyczy kobiet

.....

(podpis lekarza)

# Centrum Diagnostyczno - Lecznicze <GAMMED>

02-351 Warszawa, ul. Lelechowska 5, tel.: 22 822 30 01, fax.: 22 822 03 15, kom.: 507 089 942

**Poradnia Medycyny Nuklearnej**  
Centrum Diagnostyczno-Lecznicze „GAMMED”  
ul. Lelechowska 5, 02-351 Warszawa  
Regon: 145961081-00031, NIP: 534-105-34-19  
W-14; 000000134762, V: 02; VII: 009; VIII: 1250  
07R-1-1412-11-01

Warszawa, dnia: ..... roku

## SKIEROWANIE na synowektomię radioizotopową 90Y / 186Re

.....  
(miejsce podania izotopu)

PESEL PACJENTA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko: ....., Imię: .....

Adres: ....., Telefon: .....

Lekarz kierujący: ....., ICD 10: .....

Rozpoznanie: .....

Wywiad: .....

Zlecone badania dodatkowe: .....

Dotychczas wykonane radiosynowektomie: .....

Data podania 90Y / 186Re: .....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza o proponowanej metodzie leczniczej i ewentualnych niekorzystnych następstwach związanych z przeprowadzeniem leczenia przy użyciu w/w radioizotopów.  
Otrzymałem/am informację w formie pisemnej.  
Zgadzam się na leczenie

.....  
data i podpis pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

.....  
data i podpis lekarza

data aplikacji	podany izotop	aktywność (MBq)/ml	lekarz	podpis lekarza	Uwagi
	<b>90Y / 186Re</b>				