



DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT REALITZACIÓ DE LA RADIOLOGIA A PACIENTS EMBARASSADES

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

.....
(nom i cognoms)
amb domicili a
i DNI núm., en qualitat de representat legal/ familiar o de
parentesc de
(nom i cognoms del pacient)

DECLARO

Que he estat informat/da per
(nom i cognoms del facultatiu/iva que proporciona la informació)
del Servei d'Urgències. I que se m'han explicat verbalment els riscos que comporta la
realització de la prova.

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que se'm realitzi la radiologia com a pacient embarassada.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de.....20....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat
que en la meva situació és convenient la realització de la radiologia, que té per objecte
.....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en
el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el
metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els
dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els
riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO**
sotmetre'm a la realització de la radiologia.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa

Olot, de..... de 20.....