

 MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_RDG-S_F_006 Poučení osob, které vědomě a z vlastní vůle pomáhají osobám podstupujícím lékařské ozáření	Strana 1 z 1
		Verze: 01, 06/2024

**POUČENÍ OSOB, KTERÉ VĚDOMĚ A Z VLASTNÍ VŮLE POMÁHAJÍ OSOBÁM PODSTUPUJÍCÍM
LÉKAŘSKÉ OZÁŘENÍ (podle par. 67 ods.1 vyhlášky SÚJB č. 307/2002 Sb.)**

Pracoviště: RADIODIAGNOSTICKÉ ODDĚLENÍ

Jmenovka zaměstnance RDG pracoviště: (který provedl poučení)

štítek pacienta

Radiodiagnostické pracoviště nemocnice v Semilech splňuje všechny zákonné požadavky, kladené na pracoviště provádějící lékařské úkony spojené s ozářením pacienta. Mezi tyto povinnosti patří provádět toto poučení.

Je obecně zakázáno vystavovat ionizujícímu záření (které je nezbytnou součástí RTG vyšetření) osoby jiné než vyšetřované.

Jednou z povolených výjimek jsou situace, kdy je třeba vyšetřit pacienta s asistencí doprovodu pro jeho obtížnější spolupráci s vyšetřujícím personálem (věk či zdravotní stav pacienta např. malé děti, starší osoby, pacient v bezvědomí aj.). Pomocí Vaší asistence bude vyšetření provedeno s minimálním rizikem chyb.

Přestože je dávka záření, kterou budete jako asistující osoba vystaven(a), velmi nízká, možnost negativního vlivu na Vaše zdraví nelze nikdy jednoznačně vyloučit. Zvláště nebezpečné je záření v době těhotenství.

Radiodiagnostické pracoviště nemocnice v Semilech je proto vybaveno ochrannými pomůckami proti vlivu rentgenového záření a je jednou ze základních povinností obsluhy Vám tyto ochranné pomůcky poskytnout.

Při použití běžné ochranné zástěry je dávka záření snížena na zanedbatelnou mez, tvořící zpravidla několik tisícín promile celkové průměrné efektivní dávky, kterou každá osoba obdrží ze zdrojů běžně a přirozeně se vyskytujících v přírodním prostředí.

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař/RDG asistent, který mi poskytl toto písemné poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je jeho obsahem a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Nezatajil jsem žádné skutečnosti, týkající se mého zdravotního stavu, které by mohly být kontraindikací pro asistenci při RDG vyšetření. Dále svým podpisem potvrzuji, že souhlasím s mou asistencí při radiodiagnostickém vyšetření.

.....
V Semilech dne

.....
Podpis zaměstnance RDG
(který provedl poučení)

.....
Vlastnoruční podpis pacienta
(zákonného zástupce se jménem a příjmením u dětí do 18 let)