Your Company Logo

**CLINICAL INFORMED CONSENT**

**CONVENTIONAL NUCLEAR MEDICINE STUDIES**

I hereby give consent to undergo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scan at the \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (Your Hospital/Centre name).

I give consent to intravenous injection/oral administration of a radiopharmaceutical for Nuclear Medicine studies and understand that radiation exposure is in the acceptable range.

The nature and effect of the examination have been fully explained to me.

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY-COMPUTED TOMOGRAPHY (PET-CT) FUSION IMAGING STUDIES**

I have been explained about the scan procedure of PET-CT and informed that it would involve intravenous administration of;

* Radiopharmaceutical (18F-FDG) with or without
* Contrast Dye (Non-ionic)

I have been informed that the radiopharmaceutical contains 18-F radioisotope and there will be a small amount of radiation dose received by me which poses no significant health risk to me.

I have been given to understand that the non-ionic contrast dye that may/will be used though generally safe and well tolerated by majority of the patients, can sometimes cause allergic reactions or side effects, such as;

* + - **Minor reactions**: pain at the site of injection, sensation of warmth, metallic taste, nausea, itching and stomach upset. These are self-limiting and require no treatment.
    - **Moderate reactions**: shortness of breath, irregular heartbeat, convulsions, kidney failure and unconsciousness. The reported chance of such reactions to be seen is 1 in 1000 (0.1%) patients.
    - **Severe reactions**: Though very rare, reported chance of such reactions to occur is 1 in 1,00,000 (0.01%) patients and can lead to a life threatening event.

APPLICABLE FOR WOMEN OF CHILDBEARING AGE: I have been clearly explained that the Conventional Nuclear Medicine /PET-CT study, to be performed on me is contraindicated in pregnancy. I declare that I am not pregnant. In case of any suspicion, I agree to undergo a Urine Pregnancy Test to rule out pregnancy. If breastfeeding, I have informed the staff and received the instruction about radiation safety.

I acknowledge that I have understood the above information and I am consciously & willingly giving my consent for the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the procedure).

Name of the Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of the Patient/Guardian/Relative: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In presence of the \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*(hospital/centre name) Staff (Name & Signature):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Your company logo

क्लिनिकल सूचना सहमति

**पारंपरिक परमाणु चिकित्सा अध्ययन**

मैं, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*(your company name) की एक इकाई, में \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ स्कैन कराने की सहमति देता/ देती हूं।

मैं परमाणु चिकित्सा में प्रयोग होने वाले रेडियोधर्मी पदार्थ के अंतःशिरा इंजेक्शन / मौखिक सेवन के लिए सहमत हूं और समझता/ समझती हूं कि विकिरण एक्सपोजर स्वीकार्य सीमा में है।

अध्ययन की प्रकृति और प्रभाव मुझे पूरी तरह से समझाया गया है।

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**पोजीट्रान ईमिशन टोमोग्राफी-कम्प्यूटेड टोमोग्राफी (पीईटी-सीटी) फ़्यूशन इमेजिंग** अध्ययन

मुझे पीईटी-सीटी की स्कैन प्रक्रिया के बारे में समझाया गया है और सूचित किया गया है कि इसमें अंतःशिरा इंजेक्शन शामिल होगा;

* एक रेडियोफोर्मासिटिकल (18एफ-एफडीजी) के साथ या इसके बिना
* एक कॉन्ट्रास्ट डाई (गैर-आयोनिक आयोडीन)

मुझे सूचित किया गया है कि 18-एफ रेडियो आईसोटोप एक रेडियोधर्मी पदार्थ होता है और मुझे प्राप्त एक छोटी विकिरण की मात्रा मेरे लिए कोई महत्वपूर्ण स्वास्थ्य जोखिम नहीं पहुंचाएगी।

मुझे यह समझाया गया है कि आमतौर पर सुरक्षित और अच्छी तरह से रोगियों द्वारा सहन किए जाने वाले गैर-आयनिक कॉन्ट्रास्ट डाई का उपयोग किया जायेगा या जा सकता है, इससे कभी-कभी एलर्जी या साइड इफेक्ट्स हो सकते हैं जैसे कि;

* **मामूली प्रतिक्रियाएं**: इंजेक्शन की साइट पर दर्द, गर्म उत्तेजना, धातु का स्वाद, जीम चलाना, खुजली और पेट में परेशानी। ये स्वयं-सीमित हैं और कोई उपचार की आवश्यकता नहीं है।
* मध्यम प्रतिक्रियाओं: सांस की कमी, अनियमित दिल की धड़कन, आक्षेप, गुर्दे की विफलता और बेहोशी। इस प्रतिक्रिया को देखे जाने की संभावना 1 में 1000 (0.001%) रोगियों की है।
* गंभीर प्रतिक्रियाएं: हालांकि बहुत दुर्लभ, जीवन पर संकट हो सकता है लेकिन ऐसी प्रतिक्रियाओं की संभावना 1 लाख (0.00001%) रोगियों में होने की संभावना है।

केवल महिलाओ के लिए जो प्रसव उम्र में है: मुझे स्पष्ट रूप से बताया गया है गर्भावस्था में **परमाणु चिकित्सा**/ पीईटी-सीटी स्कैन करना एक विपरीत संकेत है। मैं यह घोषित करती हूं कि मैं गर्भवती नहीं हूं। किसी संदेह की स्थिति में यदि यूरिन प्रेगनेंसी परीक्षा की आवश्यकता पड़े तो मैं इसकी सहमति देती हूं। स्तनपान कराने की स्थिति में, मैंने स्टाफ को सूचित किया है और विकिरण सुरक्षा के बारे में निर्देश प्राप्त किया है।

मैं स्वीकार करता/ करती हूं कि मैंने उपरोक्त जानकारी को समझ लिया है और मैं जानबूझकर और स्वेच्छा से\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ प्रक्रिया के लिए मेरा/मेरी सहमति दे रहा/ रही हूं।

रोगी का नाम:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तिथि:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

रोगी / अभिभावक / रिश्तेदार के हस्ताक्षर:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*(your company name) स्टाफ की उपस्थिति में (नाम और हस्ताक्षर):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_