INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta: ……

Numer historii choroby: ……

1. SCHORZENIE KWALIFIKUJĄCE DO LECZENIA OPERACYJNEGO

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/ Pani/ dziecka (istnieje podejrzenie):

……

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pana/ Pani/ dziecka wskazania do leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pana/ Pani/ dziecka przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu operacyjnego:

……

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Celem proponowanej operacji jest: ……

……

Alternatywne metody leczenia Pana/ Pani/ dziecka schorzenia obejmują: ……

……

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Brak możliwości całkowitego wykluczenia ryzyka wystąpienia powikłań jak i 100% skuteczności terapeutycznej.
Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

……

……

……

……

……

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/ Pani/ dziecka przypadku: ……
Jeżeli nie wyrazi Pan/ Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pana/ Pani/ dziecka stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

……

……

……

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/ Pan zapytał nas o wszystko co chciałaby Pani/ Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/ Pana pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA / OPIEKUNA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

……

……

……

……

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY / ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.
Przy braku Pani/ Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/ Pana zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7: +48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjenta: ….....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości.
Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem

……

spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wspomnianego wyżej zabiegu albo ewentualnych skutków jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia / schorzenia dziecka. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi zastrzeżeniami)
wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie / u dziecka

….....

….....	….....	….....
Data	pieczątka i podpis lekarza	czytelny podpis pacjenta

…..
czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowane mi / dziecku badanie

….....
Zostałam/em w pełni poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia.

….....	….....	….....
Data	pieczątka i podpis lekarza	czytelny podpis pacjenta

…..
czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

UWAGA:

- *W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.*

Admed® MEDICAL PARTNER