INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI NAD PACJENTEM

Imię i nazwisko pacjenta …..... (pieczątka oddziału)

Plan:		*Modyfikacja:*		*data modyfikacji, podpis i pieczątka lekarza*
Cel główny:				
Diagnostyczny		Diagnostyczny		
Leczniczy zachowawczy		Leczniczy zachowawczy		
Leczniczy zabiegowy		Leczniczy zabiegowy		
Rehabilitacyjny		Rehabilitacyjny		
Inny, jaki:		Inny, jaki:		
Czas hospitalizacji: ……..... dni		Czas hospitalizacji: ……..... dni		
Cele szczegółowe:				
Planowana diagnostyka		**Planowana diagnostyka**		
Badania laboratoryjne		Badania laboratoryjne		
Badania obrazowe		Badania obrazowe		
Badania endoskopowe		Badania endoskopowe		
Pobranie materiału do badań		Pobranie materiału do badań		
Inna, jaka:		Inna, jaka:		
Planowana terapia		**Planowana terapia**		
Zabieg operacyjny		Zabieg operacyjny		
Zabieg endoskopowy		Zabieg endoskopowy		
Zabiegi rehabilitacyjne		Zabiegi rehabilitacyjne		
Farmakoterapia		Farmakoterapia		
☐ Chemioterapia / ☐ Radioterapia		☐ Chemioterapia / ☐ Radioterapia		
Terapia żywieniowa		Terapia żywieniowa		
Planowana profilaktyka		**Planowana profilaktyka**		
Przeciwzakrzepowa		Przeciwzakrzepowa		
Okołooperacyjna antybiotykowa		Okołooperacyjna antybiotykowa		
Przeciwodleżynowa		Przeciwodleżynowa		
Inna, jaka:		Inna, jaka:		
Inne		**Inne**		
Czynności pielęgnacyjno - opiekuńcze		Czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze		
Edukacja Pacjenta		Edukacja Pacjenta		

Admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta ….....

OŚWIADCZENIE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO FORMULARZ „Indywidualny Plan Opieki nad Pacjentem”

Oświadczam, że przedstawiłam(-em) pacjentowi indywidualny planowany sposób leczenia sporządzony na odwrocie, w tym procedur diagnostycznych, leczenia zachowawczego, zabiegowego (operacyjnego) oraz rehabilitacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zastosowanych procedur określonych w karcie indywidualnego planu opieki nad pacjentem w tym operacji lub zabiegów.

.....
(podpis i pieczątka lekarza)

OŚWIADCZENIE PACJENTA W ZAKRESIE „Indywidualnego Planu Opieki nad Pacjentem”

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(-em) się ze szczegółowym opisem leczenia, w tym leczenia zachowawczego, zabiegowego (operacyjnego) oraz rehabilitacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia.
2. Zgadzam się na poddanie się zabiegom i procedurom wynikającym z ramowego planu indywidualnej opieki medycznej sporządzonego na odwrocie.
3. Zostałam(-em) poinformowana(-y) o:
   a. stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz następstwach ich zastosowania albo zaniechania,
   b. sposobie przeprowadzenia planowanych czynności w tym planowanych zabiegów i operacji wynikających z ramowego planu indywidualnej opieki medycznej,
   c. typowych i nietypowych następstwach i powikłaniach planowanych procedur wynikających z ramowego planu indywidualnej opieki medycznej w tym zabiegów lub operacji, a także o sposobie postępowania po zastosowanych procedurach w tym po wykonaniu zabiegów lub operacji.
4. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie planu indywidualnej opieki medycznej w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu leczniczego i udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Przed sporządzeniem Indywidualnego Planu Opieki nad Pacjentem udzieliłam(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych chorób lub zabiegów.
6. Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała, a dodatkowo w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(-em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego. Stwierdzam, że uzyskałam(-em) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania.

Oświadczam, że zapoznała(-em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie wszelkich czynności diagnostycznych, przeprowadzenie leczenia zachowawczego, zabiegowego (operacyjnego) lub leczenia rehabilitacyjnego i innych dalszych procedur wynikających z ramowego planu indywidualnej opieki medycznej.

Ewentualne uwagi pacjenta: .....

.....

.....

Legnica, dnia _ _ / _ _ **20** _

….....
(podpis pacjenta / opiekuna prawnego)

Admed® MEDICAL PARTNER