

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNO – TERAPEUTYCZNY

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL: Data:

Planowane badanie lub zabieg:

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem postępowania diagnostycznego/leczniczego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami, mogącymi wystąpić w związku z nim i zgadzam się na proponowane badanie/zabieg (leczenie).
- Otrzymałem informację o przebiegu badania/zabiegu i o sposobie postępowania po nim.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu postępowania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja, powstała w wyniku przeprowadzonego badania/zabiegu.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego, zgodnie z decyzją lekarza wykonującego badanie/zabieg, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Przyjmuję do wiadomości, że medycyna nie jest nauką ścisłą i czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu diagnostyczno-leczniczego, pomimo zachowania najwyższej staranności i najlepszych chęci.
- Wyrażam zgodę na podanie mi leków przeciwbólowych i usypiających, jeśli będą potrzebne.
- W przypadku podania tych leków przyjmuję do wiadomości, że przez co najmniej 12 godzin nie mogę podejmować ważnych decyzji, obsługiwać maszyn i prowadzić samochodu.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam świadomą zgodę oraz proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

Podpis Pacjenta:

Pieczęć i podpis lekarza przyjmującego oświadczenie:

Aby lepiej zaplanować postępowanie w czasie i po zabiegu oraz aby zmniejszyć ryzyko powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (poprawną odpowiedź zaznaczyć w „kratce”):

Czy istnieje u Państwa wyraźnie zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach, zabiegach, czy zaobserwowali Państwo wyraźną skłonność do łatwego powstawania „siniaków” na skórze?

TAK

NIE

Czy w ostatnim tygodniu przyjmowali Państwo silne leki przeciwzakrzepowe (np. Acenocumarol, Sintrom, Syncumar, Warfain, Clexane, Neoparin, Fraxiparine, Fraxodi)? Jeśli tak, proszę podkreślić te leki.

TAK

NIE

Czy w ostatnim tygodniu przyjmowali Państwo leki o działaniu przeciwkrzepliwym, w szczególności aspirynę (np. Acard, Polocard, Aspirin, Polopiryna), klopidogrel (Plavix, Areplex), tiklopidynę (Aclostin, Ticlo), inne silne leki przeciwkrzepliwie (Xarelto, Pradaxa, Brilique, Eliquis), niesterydowe leki przeciwzapalne (Ibuprofen, Ketonal, Majamil, Voltaren, Diclac, Pyralgin, Anapran)? Jeśli tak, proszę podkreślić te leki.

TAK

NIE

Czy są Państwo uczuleni na środki znieczulające, leki? Jeśli tak, to na jakie?:

TAK

NIE

Czy mają Państwo wszczepiony stymulator serca lub endoprotezę?

TAK

NIE

Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

NIE DOTYCZY

Czy są Państwo leczeni z powodu istotnych chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, przebyty zawał, nadciśnienie, astma oskrzelowa, udar)?

TAK

NIE

Czy są Państwo leczeni z powodu innych, istotnych chorób przewlekłych (np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne, nowotwory, niewydolność nerek, wątroby)?

TAK

NIE

Jeśli tak, to jakich?:

Czy byli Państwo dotychczas operowani?

TAK

NIE

Jeśli tak, to proszę wymienić operacje, wykonane w obrębie brzucha:

Czy w ostatnim tygodniu przyjmowaliście Państwo leki lub substancje, zmieniające sprawność psychofizyczną (przeciwdepresyjne, uspokajające, nasenne, przeciwpsychotyczne, przeciwdrgawkowe, narkotyki itp.).

TAK

NIE

W razie jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o pytania. Pielęgniarka bądź lekarz postarają się wyjaśnić Państwu wszystkie wątpliwości.