

ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY/CHIRURGICZNY

DANE PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO:.....

PESEL:

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę i upoważniam Szpital na Klinach do wykonania u ***mnie/mojego podopiecznego** zabiegu operacyjnego:

.....
.....

(nazwa zabiegu)

1. Wyrażam zgodę na pobieranie ode mnie materiałów biologicznych koniecznych do wykonania wszelkich badań związanych z moim leczeniem, na wykonanie tych badań, na stosowanie u mnie koniecznych w procesie leczenia leków i materiałów medycznych, na niezbędną po zabiegu rehabilitację na oddziale szpitalnym oraz na konieczne i standardowo stosowane przy tego rodzaju zabiegach czynności pielęgnacyjne i opatrunkowe.
2. Poinformowano mnie o charakterze proponowanego zabiegu operacyjnego, o alternatywnych sposobach postępowania oraz o ryzyku proponowanego leczenia operacyjnego i możliwych jego powikłaniach. Informacje te zostały mi przedstawione jasno i w sposób przystępny, w związku, z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.
3. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli taka konieczność wyniknie w związku z sytuacjami dotąd nieznanymi i nieprzewidywanymi, które wymieniony wyżej lekarz uzna za niezbędne lub wskazane w czasie zabiegu operacyjnego.
4. Wyrażam zgodę na znieczulenie uznane za konieczne lub wskazane przez lekarza leczącego, anestezjologa lub inną osobę działającą pod kierunkiem lekarza.
5. Wyrażam zgodę na utylizację (zgodnie z zasadami postępowania z odpadami medycznymi) lub poddanie badaniom histopatologicznym wszelkich tkanek lub części ciała usuniętych podczas zabiegu.
6. Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z zapisami w historii choroby. Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(-em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie: mojego ogólnego stanu zdrowia, wszelkiego typu alergii i uczuleń, trwającej terapii chorób przewlekłych, istnienia/braku ciąży, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, przebytych urazów. Wiadomym mi jest, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych informacji może spowodować powstanie dodatkowego lub podwyższonego ryzyka zabiegu oraz traktowane jest, jako moje przyczynienie do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych i sporządzenie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.
7. Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich związanych z samym zabiegiem i całym procesem leczenia, zawartych w niniejszym oświadczeniu. Mam pełną świadomość, iż ścisłe przestrzeganie przeze mnie tychże zleceń w istotny sposób wpłynie na przebieg i ostateczny rezultat leczenia.
8. Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że przez cały okres leczenia spoczywa na mnie

- odpowiedzialność za przestrzeganie wskazań i instrukcji lekarza prowadzącego.
9. Przyjmuję do wiadomości, że nie można udzielić gwarancji, ani nie ma pewności, co do rezultatów, jakie zostaną uzyskane w wyniku proponowanego leczenia operacyjnego. Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Uzyskałam(-em) wyczerpujące informacje na temat dających się osiągnąć efektów leczniczych w moim przypadku.
 10. Stwierdzam, że miałem(-am) pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem(-am) również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia, a także, że uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.
 11. Oświadczam, że *przebyłem(-am)/mój podopieczny przebył wymagany cykl szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby, a w przypadku braku szczepień jestem świadomy(-a) ryzyka zakażenia wirusem WZW.
 12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
 13. Stwierdzam, że uzyskałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.
 14. Otrzymałem/-am wyczerpującą informację o kosztach leczenia, także przy uwzględnieniu różnych metod leczenia i konieczności dalszego leczenia w przypadku ewentualnych powikłań czy komplikacji. Koszty te w pełni akceptuję. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie w każdej chwili - według mojego uznania, jednakże nie później niż do otrzymania premedykacji (leki uspokajające i przeciwbólowe podane krótko przed zabiegiem), gdyż po ich zażyciu należy założyć ograniczoną zdolność do podejmowania świadomych decyzji. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o prawach pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy o ochronie prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 15. *Wyrażam/nie wyrażam nieodpłatnie i bezterminowo zgodę na prowadzenie dokumentacji fotograficznej celem dołączenia do dokumentacji medycznej jak i ewentualnego wykorzystania do celów naukowych (np. publikacji w literaturze i internetowych portalach naukowych) bez ujawniania pełnego wizerunku oraz moich danych osobowych.
 16. Oświadczam, że został mi udostępniony do wglądu Regulamin Organizacyjny Neo Hospital i zobowiązuję się go przestrzegać przez cały czas leczenia w Neo Hospital.
- 17. Szczegółowe informacje dotyczące zabiegu:**
1. Ogólny opis zabiegu:
 2. Powikłania wśród zabiegowe:
 3. Powikłania po zabiegowe:
 4. Zalecenia po zabiegowe:
 5. Alternatywne metody leczenia:

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, miałem/-am pełną możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu i całego procesu leczenia, uzyskałem/-am również wszelkie, wyczerpujące i zrozumiałe wyjaśnienia dotyczące leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z ewentualnością zaniechania leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

**PROSIMY O PODPISANIE TYLKO, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ
FORMULARZA**

*Poniżej podpisuje się pacjenta, którego zabieg dotyczy:

_____	_____
data i czytelny podpis pacjenta	data, pieczętka i podpis lekarza

* Poniżej **podpisuje się przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny** pacjenta małoletniego, niezdolnego do świadomego wyrażania zgody lub ubezwłasnowolnionego całkowicie

Jeżeli pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażania zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub – w razie braku przedstawiciela ustawowego – wymagana jest zgoda opiekuna faktycznego. W przypadku, kiedy pacjent małoletni ukończył 16 lat, jak również pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię o badaniu i leczeniu, wymagana jest także ich zgoda (osoby te mogą również wyrazić sprzeciw, co do proponowanego leczenia) – art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1318).

.....
Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego (Imię, nazwisko, nr i seria dokumentu tożsamości).

_____	_____
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna faktycznego	data, pieczętka i podpis lekarza

***niepotrzebne skreślić**

ZGODA NA PRZETOCZENIE KRWI I/LUB PREPARATÓW KRWIPOCHODNYCH

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

Numer PESEL/data urodzenia (w przypadku braku nr PESEL): _____

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: _____

Oświadczam, że w dniu _____, podczas rozmowy, lekarz _____ udzielił mi w sposób zrozumiały i wyczerpujący, następujących informacji:

- a) wskazaniach do przetoczenia krwi i/lub jej preparatów,
- b) przebiegu i sposobie wykonania transfuzji,
- c) oczekiwanych korzyściach z przeprowadzania transfuzji, w tym również o braku uzyskania pełnej gwarancji i pewności co do rezultatów, jakie mają zostać osiągnięte w jej wyniku – rezultaty te nie są bowiem identyczne w przypadku każdego pacjenta,
- d) ryzyku związanym z transfuzją krwi i/lub jej preparatów oraz o możliwych przewidywalnych powikłaniach (w tym odległych) takiego postępowania,
- e) możliwości wystąpienia niespodziewanych okoliczności w czasie zabiegu transfuzji, w szczególności wskutek zaawansowania choroby lub wykrycia nieujawnionych dotąd chorób
- f) skutkach odmowy wyrażenia niniejszej zgody,
- g) alternatywnych sposobach postępowania.

Powyższe informacje zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały i wyczerpujący, z możliwością zadawania pytań, w związku z czym świadomie podpisuję niniejszą zgodę.

W szczególności zostałem poinformowany, że krew i/lub preparaty krwiopochodne zostaną mi przetoczone (podane drogą dożylną) tylko w przypadku konieczności, w opraniu o mój stan kliniczny, a nie o wartości morfotyczne (badanie laboratoryjne) krwi.

Wskazaniem do przetoczenia będzie w szczególności:

- a) ostra utrata krwi np. w przebiegu ostrego krwotoku śródoperacyjnego, urazu wielonarządowego – w tych przypadkach szybkie przetoczenie może uratować życie lub pozwolić uniknąć ciężkiego rozstroju zdrowia,
- b) ostra lub przewlekła niedokrwistość – tylko w przypadkach wystąpienia związanych z nią objawów zagrażających życiu lub grożących ciężkim rozstrojem zdrowia (w chorobie niedokrwiennej serca, chorobach układu oddechowego i innych ciężkich przewlekłych schorzeniach),
- c) zaburzenie układu krzepnięcia krwi, które może w okresie okołoperacyjnym skutkować niedającym się opanować krwawieniem, a w konsekwencji pogorszeniem mojego stanu zdrowia lub zagrożeniem życia.

Udzielono mi informacji o możliwych, dających się przewidzieć powikłaniach przetoczeniowych w szczególności:

- a) wczesnych;
 - wysypkach, gorączka, dreszcze, duszność przetoczeniowa, reakcje hemolityczne, zakażenia bakteryjne, odczyn anafilaktyczny, ostre przetoczeniowe uszkodzenie płuc, zgon,
- b) późnych:
 - przetoczeniowa skaza małopłytkowa, przetoczeniowa choroba przeszczep przeciwko biorcy, przeniesienie biologicznych czynników chorobotwórczych np. wirusowego zapalenia wątroby typu B, C, malarii, toksoplazmozy i innych.

Ja, niżej podpisany _____, działając w imieniu własnym/jako przedstawiciel ustawowy pacjenta, niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie mi/pacjentowi przetoczenia:

Proszę wybrać:

- a) krwi i/lub preparatów krwiopochodnych
- b) **wyłącznie** preparatów krwiopochodnych

w związku z wykonaniem _____ przez Neo Hospital spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ONE spółka komandytowa.

PROSIMY O PODPISANIE NINIEJSZEJ ZGODY TYLKO W PRZYPADKU, GDY ROZUMIEJĄ PAŃSTWO W PEŁNI TREŚĆ POWYŻSZEGO FORMULARZA

miejsowość, data, podpis Pacjenta

*miejsowość, data, podpis przedstawiciela
ustawowego Pacjenta*

*miejsowość, data, podpis lekarza udzielającego
informacji, stanowiących podstawę wyrażenia
zgody*