

ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

ДАНІ ПАЦІЄНТА:

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ:.....

Номер PESEL (ідентифікаційний номер):.....

Я, що нижче підписався, погоджуюсь і
уповноважую:.....

(ім'я та прізвище лікаря, який виконує операцію)

на проведення оперативного втручання, на яке було направлено ***мене/мого підопічного:**

.....
.....

(назва процедури)

1. Я даю згоду на забір у мене біологічних матеріалів, необхідних для проведення будь-яких досліджень, пов'язаних з моїм лікуванням, проведення цих досліджень, на використання щодо мене медикаментів і медичних матеріалів, необхідних у процесі лікування, на реабілітацію у лікарняному відділенні, необхідну після проведення оперативного втручання, та на необхідні і стандартно застосовувані при цього видах операцій заходи, пов'язані з сестринським доглядом та перев'язками.
2. Мене повідомлено про характер запропонованого оперативного втручання, про альтернативні способи лікування, про ризик запропонованого хірургічного лікування та можливі ускладнення. Цю інформацію було доведено до мого відома чітко і доступно, тому я свідомо підписую цю згоду.
3. Я погоджуюся на можливі зміни у способі виконання операції в необхідному обсязі, відповідно до принципів медичних знань, якщо така необхідність виникне у зв'язку з раніше невідомими та непередбаченими ситуаціями, які вищезгаданий лікар вважатиме за необхідні або рекомендовані під час проведення операції.
4. Я погоджуюся на застосування анестезії, яка вважатиметься необхідною або рекомендованою персональним лікарем, анестезіологом або іншою особою, що працює під керівництвом лікаря.
5. Я погоджуюся з утилізацією (відповідно до правил поводження з медичними відходами) або відбором для гістопатологічного дослідження будь-яких тканин або частин тіла, видалених під час операції.
6. Я заявляю, що надав(ла) вичерпну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я - згідно з даними в історії хвороби. Перед початком процедури я дав(ла) повні і правдиві відповіді на запитання, які мені поставив лікар під час збору анамнезу з приводу: мого загального стану здоров'я, будь-яких видів алергії, застосовуваної терапії хронічних захворювань, наявності/відсутності вагітності, використовуваних ліків, перенесених

процедур, перенесених травм. Я знаю, що приховування будь-якої з вищезазначених відомостей може призвести до додаткового або підвищеного ризику хірургічного втручання і розглядається як спричинення мною передумов для виникнення можливої шкоди (зокрема, у вигляді розладу здоров'я, ушкодження тіла або негативного ефекту лікування), за яку лікар не несе відповідальності. Я зобов'язуюсь повідомити персонального лікаря про будь-які зміни в моєму стані здоров'я. Я погоджуюся на виконання діагностичних обстежень та підготовку радіологічної та фотографічної документації.

7. Я зобов'язуюсь суворо дотримуватися всіх медичних рекомендацій, що стосуються самої процедури та всього процесу лікування, що містяться в цій заяві. Я цілком усвідомлюю, що суворе дотримання мною цих рекомендацій матиме значний вплив на хід і кінцевий результат лікування.
8. Я розумію і приймаю до відома, що несу відповідальність за дотримання інструкцій та рекомендацій персонального лікаря протягом всього періоду лікування.
9. Я розумію, що немає жодної гарантії і ніякої впевненості щодо результатів запропонованого хірургічного лікування. **Лікар також повідомив мене, що результати лікування не є однаковими для кожного пацієнта. Я отримав(ла) вичерпну інформацію про можливі терапевтичні результати в моєму випадку.**
10. Я заявляю, що мав(ла) повну можливість ставити питання про процедуру та весь процес лікування, я також отримав(ла) усі вичерпні та зрозумілі пояснення щодо лікування, а також, що я отримав(ла) вичерпні відповіді на всі питання, і прошу провести запропоновану операцію.
11. *** Також я погоджуюся / Не погоджуюся**, якщо це буде необхідно, на переливання крові та її препаратів. У ситуації виникнення у мене у процесі лікування стану обмеження свідомості, що перешкоджатиме усвідомленому прийняттю рішень, я погоджуюся на виконання мені подальших процедур, які персональний лікар вважатиме за необхідні для подальшого лікування.
12. Я заявляю, що ***я пройшов(ла)/мій підопічний пройшов** необхідний курс вакцинації проти вірусного гепатиту, а у випадку відсутності вакцинації мені відомо про ризик інфікування вірусом гепатиту.
13. Я заявляю, що погоджуюсь на переміщення мене у відповідне стаціонарне відділення відповідно до рішення лікаря-хірурга, який проводитиме операцію, або анестезіолога, якщо мій стан здоров'я цього вимагатиме.
14. Я підтверджую, що отримав(ла) вичерпні відповіді на всі питання і прошу провести пропонувану операцію.
15. Я отримав(ла) вичерпну інформацію про витрати на лікування, також враховуючи різні методи лікування та необхідність подальшого лікування у разі можливих ускладнень. Я визнаю ці витрати в повному обсязі. Мені відомо, що згоду на лікування я можу відкликати в будь-який час - на власний розсуд.
16. Я заявляю, що мене поінформовано про права пацієнта, зокрема ті, що впливають із закону про захист прав пацієнтів та Уповноваженого з прав пацієнтів.

17. *** Я висловлюю / не висловлюю** безкоштовно та на необмежений термін згоду на ведення фотографічної документації, з метою додавання до медичної документації, а також можливого використання для наукових цілей (наприклад, публікації в літературі та наукових інтернет-порталах) без розкриття повного зображення та моїх персональних даних.
18. Я заявляю, що мене ознайомлено з Організаційними правилами лікарні Neo Hospital і я зобов'язуюсь дотримуватися їх протягом всього терміну лікування в лікарні Neo Hospital.

19. **Детальна інформація про процедуру:**

1. Загальний опис процедури - заповнює лікар:

2. Ускладнення в ході процедури - заповнює лікар:

3. Ускладнення після процедури - заповнює лікар:

4. Рекомендації після лікування - заповнює лікар:

5. Альтернативні методи лікування - заповнює лікар:

Наведені вище правила я прочитав(ла), зрозумів(ла), і я мав(ла) повну можливість ставити питання про процедуру і весь процес лікування, я також отримав(ла) всі, вичерпні і зрозумілі пояснення щодо лікування. Мене поінформували про альтернативні варіанти лікування, включаючи можливість припинення лікування. Мене поінформовано про ризики, пов'язані з іншими методами лікування та наслідки відсутності лікування. Я розумію, що, як і у випадку всіх загальних медичних процедур, позитивні наслідки лікування не гарантуються. Крім того, процедура виконується для усунення конкретної проблеми і може не вирішити інші приховані проблеми

**ПРОХАННЯ ПІДПИСУВАТИ ЛИШЕ У ВИПАДКУ, ЯКЩО ВИ ПОВНІСТЮ
РОЗУМІЄТЕ ЗМІСТ ФОРМИ**

<i>дата і розбірливий підпис пацієнта</i>	<i>дата, печатка та підпис лікаря</i>
---	---

** Якщо пацієнт є неповнолітнім, нездатним до свідомого висловлення згоди або недієздатною особою, необхідна згода його законного представника або - за відсутності законного представника - вимагається згода фактичного опікуна. У випадку, якщо неповнолітньому пацієнту виповнилося 16 років, або недієздатний пацієнт може з розумінням висловити свою думку про обстеження та лікування, необхідна також їхня згода (ці особи також можуть заперечувати проти запропонованого лікування) - ст. 17 Закону від 6 листопада 2008 року про права пацієнтів та Уповноваженого з прав пацієнтів (зведений текст: Законодавчий вісник, 2017 р. поз. 1318).*

.....
Дані законного представника/фактичного опікуна (ім'я, прізвище, номер та серія посвідчення особи)

<i>дата і розбірливий підпис законного представника/фактичного опікуна</i>	<i>дата, печатка та підпис лікаря</i>
--	---

****непотрібне закреслити***