



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE OPERACYJNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnoza.....

Plan leczenia operacyjnego

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm.) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie operacyjne w TRIGON ORTHOPEDIA S.C.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są poufne.

Wyrażam zgodę na wykonanie audiowizualnego zapisu mojej operacji i wykorzystania go do celów dokumentacji medycznej oraz dokumentacji naukowej.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiona/y z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, krwiaki, uszkodzenie naczyń i nerwów, okresowe zaostrzenie dolegliwości bólowych, ból głowy czasowe osłabienie czucia lub przeczulica w obrębie segmentów, w których wykonano zabieg, okresowe zaburzenia czynności zwieraczy, głębokiego drętwienia oraz mrowienia wynikających z manipulacji w okolicy korzeni

nerwowych. Pacjent może odczuwać przejściowy ból. Niektóre z wymienionych powikłań mogą wymagać dalszego leczenia

3. Zwiększonym ryzyku infekcji u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekle leki sterydowe, długotrwanie przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.
4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia,
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego do odwołania według zaleceń lekarza,
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych do odwołania według zaleceń lekarza
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu do odwołania według zaleceń lekarza
 - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta leków,
 - e) konieczności oszczędnego trybu życia i nieobciążenia kręgosłupa do odwołania według zaleceń lekarza, w szczególności: niepodnoszenia ciężkich przedmiotów, niepozostawiania w ciągłej wymuszonej pozycji dłużej niż 1 godzinę,
 - f) konieczności zachowania aseptyki miejsca, w którym został wykonany zabieg,
 - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,
 - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących ewentualnej zmiany opatrunku w warunkach ambulatoryjnych lub domowych,
6. o wszystkich możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w wyniku mojego zabiegu operacyjnego,
7. o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Powyższe zasady przeczytałam/em i zrozumiałam/em, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Zrozumiałam/em i akceptuję wystąpienie możliwych powikłań połączonych z przeprowadzeniem zabiegu. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadoma/y konieczności ich przestrzegania. Mogłam/em zapytać o wszystko, co jest dla mnie ważne – rodzaj i znaczenie zabiegu, ryzyko w moim przypadku i możliwe powikłania, jak i o ewentualne zabiegi dodatkowe, których przeprowadzenie może być konieczne i ryzyko z nimi związane. Jestem świadoma/y braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia. Nie mam dalszych pytań, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień i niniejszym wyrażam po namyśle świadomą zgodę na planowany zabieg. Zgadzam się na ewentualne zabiegi dodatkowe: cewnikowanie dróg moczowych, założenie sondy żołądkowej, założenie wkłucia centralnego,

poszerzenie zakresu operacji z powodów stwierdzonych w trakcie procedury, przetoczenie krwi oraz produktów krwiopochodnych, założenie drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonanie inwazyjnych badań diagnostycznych (np. gazometria) lub obrazowych (bez- i z użyciem kontrastu). Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg wykonywany jest w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Pacjenci, którzy ukończyli 16 lat są zobowiązani do zapoznania się i podpisania wszystkich dokumentów wraz z opiekunem prawnym.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i Podpis pacjenta (opiekuna prawnego)



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego):

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

.....
(Proszę wypełniać drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskania informacji o udzielanych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam:

Nie upoważniam nikogo

1.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

2.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot, niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.).

Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis