SZANOWNI PACJENCI

UPRZEJMIE INFORMUJEMY ŻE:

1. *W przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody na wskazaną w niniejszym formularzu procedurę medyczną, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego.*
2. *W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby, jeżeli jednak osoba ta jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie udzielanego świadczenia zdrowotnego, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.*
3. *Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Jeżeli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*
4. *Numer PESEL pacjenta wpisuje się jeżeli został nadany. W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony.*
5. *Brak podpisu w odpowiednim miejscu będzie traktowany jako niewyrażenie zgody w zakresie opisanym w konkretnym punkcie.*

ZWRACAMY SIĘ Z PROŚBĄ O WYPEŁNIENIE I PODPISANIE NINIEJSZEGO FORMULARZA ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRCEDURĘ MEDYCZNĄ:

- AMBULATORYJNY ZABIEG CHIRURGICZNY -

I. Dane pacjenta:

.....

Nazwisko i imię pacjenta

.....

Data urodzenia pacjenta lub PESEL

.....

II. Data, pieczątka i podpis lekarza udzielającego informacji o procedurze medycznej:

.....

III. Nazwa procedury medycznej: AMBULATORYJNY ZABIEG CHIRURGICZNY

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej:

Wszystkie zabiegi ambulatoryjne wykonuje się w znieczuleniu miejscowym.

Bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów zapewnia reżim sanitarny gabinetu zabiegowego, wnikliwa kontrola procesów sterylizacji, oczyszczanie nawiewanego powietrza filtrami HEPPA.

Znieczulenie miejscowe pozwala na wykonanie większości drobnych zabiegów ambulatoryjnych bez konieczności podawania leków działających ogólnie i bez konieczności angażowania anestezjologa. Znieczulenie miejscowe polega na podaniu leku znieczulającego (najczęściej lignokainy w rozcieńczeniu od 0,25% do 2%) bezpośrednio w miejsce zabiegu. Dzięki temu nieprzyjemny jest tylko sam moment znieczulenia – ukłucie cienką igłą i dyskomfort związany z wstrzyknięciem leku (uczucie rozpierania, czasem pieczenia, szczypania) – trwający zaledwie kilkanaście sekund. Następnie dochodzi do wyłączenia czucia bólu.

Pacjent może czuć dotyk, pociąganie, ucisk, ale nie czuje bólu. Działanie leku znieczulającego utrzymuje się w zależności od rozcieńczenia i miejsca zabiegu od 1 do 2 godzin. Następnie ból odczuwany przez pacjenta jest porównywalny z bólem po skaleczeniu. Większość pacjentów podaje, że ból po drobnych zabiegach chirurgicznych, po ustąpieniu znieczulenia, nie jest na tyle duży, aby przyjmować doustne leki przeciwbólowe. Ryzyko związane z podaniem lignokainy jest niewielkie. Dopuszczalna bezpieczna dawka jest wysoka – przy drobnych zabiegach nie zdarza się przedawkowanie. Niezwykle rzadko mogą pojawić się też reakcje uczuleniowe.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną:

Powikłania po zabiegu zdarzają się rzadko i zazwyczaj ograniczają się do niepożądanych komplikacji w miejscu po wycięciu tkanek. Zaliczyć tutaj należy krwotok w przypadku uszkodzenia dużych naczyń w trakcie zabiegu, a w dalszej kolejności zakażenie rany, trudności z gojeniem, rozejście się brzegów ran, czy patologiczne bliznowacenie z wytworzeniem keloidu (bliznowca) u osób predysponowanych.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

Przeciwwskazane jest kwalifikowanie i przystępowanie do zabiegu chirurgicznego u osób w złym stanie ogólnym spowodowanym przez poważne choroby, których przebieg może wpływać na np. ryzyko krwawienia w trakcie zabiegu, albo gorsze gojenie się rany po usunięciu zmiany.

VII. Oświadczenia pacjenta/przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć decyzję. Dokładnie przeczytałem/am wszystkie zawarte w niniejszym formularzu informacje. Miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących ww. procedury medycznej, związanego z tym ryzyka i powikłań. Na zadawane pytania i przedstawione wątpliwości otrzymałem/łam wyczerpującą odpowiedź, którą w pełni zrozumiałe/am i akceptuję. Podczas rozmowy zostałem/am szczegółowo poinformowany/na o możliwych zagrożeniach, ryzyku i powikłaniach związanych z wykonaniem ww. procedury medycznej. Przedstawione mi informacje w pełni zrozumiałem/łam.

Wyrażam świadomie i dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie procedury medycznej:
AMBULATORYJNY ZABIEG CHIRURGICZNY

Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam żadnych istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, badań oraz przebytych chorób, uczuleń i alergii.

podpis pacjenta**.....

podpis przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu procedury medycznej, które zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

podpis pacjenta**.....

podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam zgodę, aby pobrany w trakcie wykonywania ww. procedury medycznej materiał
..... *(podać rodzaj)* **został poddany badaniom, które zleci lekarz.**

podpis pacjenta**.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

** niepotrzebne skreślić*

*** w przypadku gdy jest wymagane tj. gdy pacjent ukończył 16 lat, jeśli mimo ukończenia 16 roku życia pacjent nie jest zdolny do wyrażenia świadomej zgody należy wypełnić i podpisać odrębny formularz pn. Oświadczenie o braku zdolności do wyrażenia świadomej zgody na wykonywane procedury medyczne.*