



ARTHMED Klinika Ortopedyczna
Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii Jednego
Dnia
ul. F. Barcza 48 lok.8L
10-685 Olsztyn
tel. 89 541 27 39

INFORMACJE DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA
ZABIEG OPERACYJNY

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Pesel.....Nr księgi

W przypadku gdy pacjent jest małoletni (nie ukończył 18 lat) lub jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody na zabieg operacyjny, zgodę na zabieg wyraża jego ustawowy przedstawiciel (rodzice, opiekunowie lub kurator).

1. Wskazania do operacji (rozpoznanie):

.....
.....
.....

2. Proponowana metoda leczenia operacyjnego:

.....
.....
.....

3. Możliwość wystąpienia powikłań

Pacjent musi być świadomy, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania mogą polegać na:

- uszkodzeniu naczyń krwionośnych, ale z reguły są to małe naczynia, z których krwawienie nie jest groźne
- każda interwencja chirurgiczna obciążona jest ryzykiem zakażenia rany pooperacyjnej
- nawracające wysięki (hemosyderynowe zapalenie błony maziowej)
- miejscową niedoczulicę skóry w okolicy nacięć
- powikłania zakrzepowo-zatorowe
- krwiak wewnątrz-stawowy - wymagający odbarczenia przez punkcję, lub założenia drenażu
- wysięk w stawie
- pozostanie blizny, której wygląd w dużej mierze zależy od osobniczych cech tkanki łącznej
- inne

4. Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby pacjent zapytał o wszystko co chciałby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkich dodatkowych informacji dotyczących planowanego leczenia udzieli lekarz.

5. Konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji i będą wymagały zastosowania innych procedur medycznych. . Prosimy o wyrażenie zgody na tę okoliczność. Przy braku zgody pacjenta zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie zdrowia pacjenta. Konieczne byłoby wówczas ponowne znieczulenie.

6. Zastrzeżenia pacjenta

.....
.....
.....

7. Oświadczenie pacjenta

W pełni zrozumiałem (łam) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem.....

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia i rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym. Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłem(łam) istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Bez zastrzeżeń

(lub z powyższymi zastrzeżeniami – pkt. 6) świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego:

.....
.....
.....
.....

(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualnej zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji lub w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....

data

.....

czytelny podpis pacjenta albo ustawowego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu.....

.....

.....

podpis lekarza odbierającego zgodę