

Nazwa kliniki:

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko:

PESEL

Rozpoznanie.....

Planowany zabieg operacyjny.....

Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są zawsze związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem blizny. Mogące wystąpić powikłania związane z proponowanym zabiegiem operacyjnym.....

Najczęstsze powikłania leczenia operacyjnego:

1. Możliwe powikłania miejscowe: krwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie, nieszczelność lub rozejście się wykonanego zespolenia, zrosty narządowe, zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, rozejście się brzegów rany, powstanie szpecącej, przerośniętej blizny, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.
2. Możliwe powikłania ogólnoustrojowe: zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, uogólniona odpowiedź zapalna (sepsa), nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.
3. Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu operacyjnym i sposobie przeprowadzenia operacji oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, a także poinformowałem przedstawiciela ustawowego/ pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

.....  
data, podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego do zabiegu

Oświadczam, że:

- Udzieliłem/-am lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu operacyjnego oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą.
- Zostałem/am poinformowana/y o swoim stanie zdrowia mojego dziecka/moim, w tym rozpoznaniu.
- Zostałem/am poinformowana/y o rodzaju zabiegu, zasadach, celowości, przewidywanym czasie trwania oraz sposobie prowadzenia proponowanego zabiegu operacyjnego,
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań proponowanej operacji i ich następstwach,
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub rozszerzenie, w trakcie jego wykonywania, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja.
- Stwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem zostały i udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące operacji i dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- Zostałem/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed zabiegiem operacyjnym, i wyrażam zgodę na ich wykonanie.

Zgodnie z art. 15 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami. wyrażam zgodę na wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego.

.....  
data, podpis pacjenta powyżej 16 r ż

.....  
data, podpis przedstawiciela ustawowego

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego do zabiegu

