**Назва клініки:**

**ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

Ім'я та прізвище.

PESEL

Діагноз

Планова операція

Кожна процедура або операція не нейтральна для людського організму і завжди пов’язана з ризиком ускладнень, в тому числі втрати здоров’я або життя. Кожен розріз шкіри завжди пов'язаний з виникненням шраму.

Ускладнення, які можуть виникнути, пов’язані з запропонованою операцією

Найчастіші ускладнення хірургічного лікування:

1. Можливі місцеві ускладнення: кровотеча, утворення гематоми, порушення кровопостачання оперованої ділянки включно до локального некрозу, нещільності або розходження виконаного з'єднання, спайки органів, інфікування операційної рани, уповільнене загоєння рани або його відсутність, розходження країв рани, виникнення спотворюючих, гіпертрофічних рубців, необхідність повторної операції в результаті ускладнень.
2. Можливі системні ускладнення: інфекція сечовивідних шляхів, пневмонія, генералізована запальна реакція (сепсис), погіршення симптомів супутніх захворювань, алергічні реакції на ліки або перев'язувальні матеріали, включаючи анафілактичний шок, недостатність кровообігу, дихальна недостатність, ниркова недостатність, поліорганна недостатність, смерть.
3. Можуть виникнути й інші несприятливі наслідки процедури, які на даний момент неможливо передбачити.

Я заявляю, що я поінформував законного представника / пацієнта про заплановану хірургічну процедуру і спосіб її виконання і проінструктував про можливі ризики і ускладнення, які можуть виникнути під час або внаслідок хіріргічної процедури, а також поінформував законного представника / пацієнта про всі наявні та відомі методи лікування і їх наслідки, в тому числі методи, використовувані в інших медичних закладах.

дата, підпис і печатка лікаря, який кваліфікує до процедуру

Я заявляю, що:

* Я надав/ла лікарю всю інформацію про стан здоров'я, що може мати наслідки для лікування і проведеної хірургічної операції, і що представлена ​​інформація є правдивою,
* Мене повідомили про стан здоров’я моєї дитини/мого, включаючи діагноз.
* Мене поінформовано про вид процедури, правила, доцільність, очікувану тривалість і спосіб проведення пропонованої хірургічної процедури.
* Мене поінформовано про можливість і види ускладнень після пропонованої процедури і їх наслідки
* Я згоден/на з можливою зміною способу проведення хірургічної процедури або розширення, в ході її виконання, в необхідному обсязі, відповідно до принципів медичних знань, якщо виникне така ситуація,
* Я підтверджую, що під час розмови з лікарем мені надано відповіді на всі мої запитання відносно операції, подальшого лікування та можливих ускладнень, а також альтернативних методів лікування (включаючи відмову від лікування), а отримана інформація була для мене зрозумілою і вичерпною,
* Мене поінформовано про необхідність і доцільність проведення необхідних обстежень перед операцією і я погоджуюся на їх виконання.

Відповідно до ст. 15 і наступних закону від 6 листопада 2008 року про права пацієнта і Уповноваженого з прав пацієнтів (Законодавчий вісник за 2009 р., № 52, поз. 417 зі змінами) та ст. 32 - 35 Закону від 5 грудня 1996 року про професії лікаря і стоматолога (зведений текст Законодавчий вісник за 2005 р. № 226, поз. 1943, зі змінами), я висловлюю згоду на виконання запланованої хірургічної процедури.

дата, підпис пацієнта вище дата, підпис законного представника

Підпис і печатка лікаря, який кваліфікує до процедури