



Szpital
Specjalistyczny
Brzeziny

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W BRZĘZINACH-SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Cz.I:000000024615

Szpital Powiatowy w Brzezinach REGON: 100576369-00030

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060, tel. 46 874 20 02

Szpital Cz.V:01

Pododdział Urazowo-Ortopedyczny

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 6, 95-060

46 874 20 02

Cz.VII:006

Cz.VIII:4580

Nr księgi głównej

Nr księgi oddziałowej

Formularz zgody na zabieg operacyjny

PESEL:

Wiek:

Nazwisko i Imię (imiona):

Rozpoznanie - kod ICD-10:

Choroba zasadnicza: M16.0 - Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]-Pierwotna, obustronna koksartroza

Nazwa zaproponowanego świadczenia zdrowotnego lub zabiegu operacyjnego:

Endoprotezoplastyka całkowita bez cementowa stawu biodrowego.

Operowana kończyna: Prawa

Ja poniżej podpisana/-ny zostałem poinformowana/-ny o celu i skutkach zabiegu, który zostanie wykonany, jak również o możliwych powikłaniach.

Wyrażam zgodę na inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie procesu diagnostycznego i zabiegu operacyjnego, jak również na zastosowanie miejscowo lub ogólnie działających środków anestetycznych.

Zostałam/-em poinformowana/-ny, że zespół operacyjny zostanie wybrany przez Kierownika Oddziału.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałam/-em się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/-em poinformowana/-ny przez: **SIBIŃSKI MARCIN PIOTR, prof.dr hab.n.med** o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/-em na nie odpowiedzi.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/zataiłem istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis Pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. Oznaczyłam/-em kończynę do zabiegu operacyjnego za pomocą specjalnego stempla.

Data i podpis Pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis Pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu):

Pacjent/-ka zakwalifikowany/-a do zabiegu operacyjnego. Potwierdza, że pacjent/-ka został/-a poinformowany/-a o planowanym zabiegu, technice operacyjnej i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonanego zabiegu.

Brzeziny, dnia:

Pieczętka i podpis lekarza przyjmującego zgodę i udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

OCENA PRZEDOPERACYJNA ANESTEZJOLOGICZNA

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL: Wiek:

Oddział: NKG:

Rozpoznanie: Rodzaj zabiegu:

Tryb: ☐ natychmiastowy ☐ pilny ☐ przyspieszony ☐ planowy / Zabieg: ☐ dyżurowy

Ryzyko znieczulenia wg ASA:

Planowany rodzaj znieczulenia: ☐ dożylnie ☐ ogólne ☐ przewodowe ☐ sedacja

Wcześniejsze schorzenia:

<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka/ XII-cy
<input type="checkbox"/> Choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/> Choroby wątroby
<input type="checkbox"/> Przebyty zawał serca/udar niedokrwienny mózgu	<input type="checkbox"/> Choroby nerek
<input type="checkbox"/> Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/> Ciąża/laktacja
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Inne
<input type="checkbox"/> Miażdżycza uogólniona
<input type="checkbox"/> Przewlekłe zapalenie oskrzeli/astma oskrzelowa

Przebyte znieczulenia:

Przyjmowane obecnie leki:

Uczulenia i nadwrażliwość na leki przeciwbólowe:

Wzrost Masa ciała Warunki intubacyjne: Skala Mallampatiego: /

Badanie przedmiotowe:

Wyniki badań dodatkowych:

Zgoda na znieczulenie:

Rodzaj znieczulenia

Wyrażam zgodę na proponowane mi znieczulenie i towarzyszące temu postępowanie lecznicze takie jak infuzje, transfuzje i inne stosowne leczenie, jak również ewentualną, uzasadnioną potrzebną zmianę typu znieczulenia. Oświadczam, że poinformowano mnie o typie znieczulenia, korzyściach i ewentualnych jego powikłaniach dotyczących układu krążenia, oddechowego, nerwowego i powikłań miejscowych.

Brzeziny, dnia

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Zalecenia i premedykacja:

Brzeziny, dnia

.....
podpis i pieczętka lekarza anestezjologa