

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PO UZYSKANIU INFORMACJI

(wejdzie w skład dokumentacji)

| | | |
|---|--|------------------------|
| <i>Imię, nazwisko pacjenta:</i> | | <i>Data urodzenia:</i> |
| <i>Lekarz odpowiedzialny za pouczenie pacjenta:</i> | | |
| <i>Miejsce pracy /oddział:</i> | | |

| | |
|---|---|
| <i>Pouczenie pacjenta dotyczące zabiegu:</i> | Operacja kończyny górnej |
| <i>Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):</i> | Celem tego zabiegu medycznego jest: |
| <i>Przebieg zabiegu:</i> | W znieczuleniu regionalnym lub innym dojdzie do przeprowadzenia: |
| <i>Możliwe komplikacje (ograniczenia):</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaburzenie w gojeniu rany; ▪ Pooperacyjna infekcja rany; ▪ Pooperacyjna infekcja stawu i kości; ▪ Zakrzepica żył głębokich i embolia płucna; ▪ Zasinienie pooperacyjne w okolicy operowanej rany lub w operowanym stawie; ▪ Choroba skóry aż do uszkodzenia pokrycia skóry po kręplcu (mankiet ciśnieniowy) w wypadku gdy mankiet będzie użyty; ▪ Uszkodzenie struktur nerwowych i struktur naczyń krwionośnych kończyny dolnej; ▪ Ograniczenie w zwykłym trybie życia oraz powrót do pracy zależać będzie od typu zabiegu i od ewentualnego wystąpienia komplikacji pooperacyjnych; ▪ Możliwość aplikacji usztywnienia gipsem lub użycia pomocy ortopedycznej (ortezy), według typu operacji i zalecenia lekarza operującego; ▪ W czasie pobytu w szpitalu rozpoczęcie rehabilitacji prowadzonej przez fizjoterapeutę, następnie ciąg dalszy w przychodni rehabilitacyjnej, ewentualnie leczenie w uzdrowisku; ▪ Usunięcie szwów z rany w 12 dniu. |

| | |
|--|---|
| <i>Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego:</i> | <p>Ja, pacjent (pełnomocnik ustawowy) oświadczam, że zostałem(am) jasną, dla mnie zrozumiałą formą poinformowany(a) o przebiegu leczenia. Oświadczam, że wszystkie informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe, jestem zaznajomiony(a) z przebiegiem i komplikacjami związanymi z zabiegiem. Umożliwiono mi też kłaść pytania i prowadzić dyskusję z lekarzem na temat tej problematyki.</p> <p>Wyrażam zgodę na operację kończyny górnej.</p> <p>Równocześnie oświadczam, że w wypadku nieoczekiwanych komplikacji, wymagających bezzwłocznego wykonania kolejnych zabiegów koniecznych dla ratowania mojego życia lub zdrowia, zgadzam się z tym, aby przeprowadzono następne, potrzebne i nie dające się odłożyć zabiegi, konieczne dla ratowania mojego życia lub zdrowia.</p> |
| <i>Data:</i> | |
| <i>Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):</i> | |
| <i>Podpis lekarza:</i> | |

Zgadzam się, aby w czasie, świadczenia opieki medycznej byli obecni również pracownicy służby zdrowia, którzy nie biorą bezpośredniego udziału w udzielaniu usług medycznych oraz fachowcy, przedstawiciele producentów i dystrybutorów środków techniki zdrowotnej.

.....
podpis pacjenta