

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>	Terapia tlenowa (oxygenoterapia)
<i>Cel przeprowadzenia zabiegu (indykacja):</i>	Terapia tlenowa (leczenie tlenem) jest stosowana u pacjentów po przeprowadzonej operacji, w czasie pobytu pacjenta na oddziale intensywnej opieki lub w czasie niektórych działań diagnostycznych lub leczniczych. Sensem tej terapii jest dostarczenie organizmowi odpowiedniej ilości tlenu, jako niezbędnego składnika przemiany materii. Podawanie tlenu umożliwi przetrwanie krytycznego dla organizmu okresu, przyspieszy też rekonwalescencję.
<i>Przebieg zabiegu:</i>	W wypadku niezbędności zastosowania podaje się pacjentowi zwilżony tlen przez maskę tlenową (przyłożoną do ust i nosa) lub przez okulary tlenowe (przymocowane do dziurek nosa). Ilość i czas podawania tlenu ustali lekarz.
<i>Ewentualne komplikacje (ograniczenia):</i>	Ewentualne komplikacje i ryzyka łączą się z charakterem gazu, jego stopnia wybuchowości, palności, zwłaszcza w pobliżu otwartego ognia lub substancji nasyconych tłuszczem.
<i>Pouczenie dotyczące dotrzymywania zasad bezpieczeństwa:</i>	<p>Pacjent został pouczony o dotrzymywaniu podstawowych zasad bezpieczeństwa i zgadza się z tym, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nie będzie manipulować ogniem w miejscach rozprowadzania tlenu, - w czasie pobytu na oddziale intensywnej opieki, w pokoju pooperacyjnym lub w miejscu, gdzie znajdują się przewody z tlenem, nie będzie miał przy sobie żadnego źródła zapalnego, - nie poda źródła zapalnego innym pacjentom kontaktującym się z przewodami tlenowymi lub pacjentom, którym podaje się tlen, - nie będzie manipulować z urządzeniem dostarczającym tlen (wentyle, bomby tlenowe).

<i>Zgoda pacjenta z wykonaniem zabiegu medycznego:</i>	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. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie terapii tlenowej i z dotrzymywaniem zasad bezpieczeństwa w czasie i po zabiegu.
<i>Data:</i>	
<i>Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):</i>	
<i>Podpis lekarza:</i>	