

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 dolnej
<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 krępulcu (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 zależeć 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; ▪ Chód z użyciem kul dla odciążenia operowanej kończyny na czas najkonieczniejszy w zależności od typu zabiegu operacyjnego; ▪ Możliwość zmiany długości operowanej kończyny i ograniczenia ruchu

	<p>któregoś ze stawów kończyny dolnej w zależności od typu zabiegu operacyjnego;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ W czasie pobytu w szpitalu rozpoczęcie rehabilitacji pod dozorem fizjoterapeuty, następnie rehabilitacji ciąg dalszy w przychodni, ewentualnie leczenie w uzdrowisku;▪ Usunięcie szwów z rany w 12 dniu.
Zgoda pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego:	<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 dolnej.</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>
Data:	
Podpis pacjenta (pełnomocnika ustawowego):	
Podpis lekarza:	

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