Oddział położniczo-ginekologiczny Sala Porodowa	FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTKI NA LECZENIE ZABIEGOWE I INNE PROCEDURY MEDYCZNE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

PESEL .....

Ja niżej podpisana wyrażam pisemną zgodę na przeprowadzenie wobec mojej osoby w warunkach maksymalnej staranności i przez osoby wykwalifikowane następujących czynności medycznych w czasie pobytu w SP ZOZ Oborniki:

- badanie ginekologiczne wewnętrzne przeprowadzone przez lekarza , położną w dniu.....
- pobieranie krwi i materiału do badań.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie następujących zabiegów : (podkreśl)

- nacięcie i szycie krocza
- użycie próżnociągu lub kleszczy
- instrumentalna kontrola macicy
- ręczne wydobycie łożyska w znieczuleniu ogólny

Równocześnie wyrażam zgodę na wszelkie dodatkowe operacje lub procedury medyczne jakie mogą okazać się konieczne i wskazane w ocenie personelu medycznego Szpitala

.....

▪ wyrażam zgodę na ewentualną zmianę techniki operacyjnej i/lub zakresu zabiegu, jeżeli obraz śródoperacyjny będzie tego wymagał i będzie to z pożytkiem dla mojego zdrowia i życia W sytuacji wystąpienia u mnie w trakcie leczenia stanu ograniczenia świadomości uniemożliwiającego w pełni świadome podejmowanie decyzji, wyrażam też zgodę na wykonanie u mnie kolejnych operacji, które zespół uzna za niezbędne dla mojego dalszego leczenia i ratowania życia i zdrowia.

▪ zgadzam się również, w razie takiej potrzeby na przetoczenie krwi i jej preparatów,

Zostałam poinformowana przez lekarza nadzorującego o:

▪ moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz nadzorujący wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem.

▪ Zostałam również poinformowana o alternatywnych metodach leczenia.

. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących leczenia i planowanego zabiegu operacyjnego. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający.

. Jako rodzic/opiekun prawny dziecka wyrażam zgodę na przeprowadzenie wspomnianych powyżej badań i zabiegów u mojego dziecka (podopiecznego). Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany o fakcie, że zabieg , badania lub zabiegi diagnostyczne u dziecka niepełnoletniego, lecz powyżej 16 roku życia, wymagają zgody chorego.

Niniejszym potwierdzam, że poinformowałem wyczerpująco pacjentkę o celu wyżej wymienionych zabiegów i badań jak i o ryzyku z nim związanym

data

Podpis lekarza nadzorującego

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałam uważnie i zrozumiałam treści zawarte w powyższym formularzu. Oświadczam również, iż natura mojego schorzenia, cel zaproponowanego zabiegu operacyjnego, oraz dające się przewidzieć ryzyko z nim związane oraz rokowanie, zostały mi wytłumaczone w sposób przystępny i zadowalający.

data

Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego