

**Świadoma zgoda przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego na badanie małego dziecka w uśpieniu.**

***Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.***

**Nazwisko i Imię**..... **Pesel:** .....

**Rozpoznanie** - Badanie małego dziecka w uśpieniu.

**Proponowany sposób leczenia** - badanie małego dziecka w znieczuleniu ogólnym

**Opis zabiegu** – brak właściwego kontaktu z dzieckiem wymaga badania w uśpieniu-badamy: ciśnienie wewnątrzgałkowe,skiaskopię,usg,badanie w lampie szczelinowej,badanie dna oka

**Oczekiwane korzyści** - dokładne zbadanie dziecka umożliwia właściwą diagnostykę i leczenie dziecka

**Ryzyko** – uszkodzenie nabłonka rogówki, zapalenie oka

**Powikłania późne** - brak

**Alternatywne metody leczenia/badania** - brak

**Skutki odmowy** - brak pełnej diagnostyki i leczenia może prowadzić do ślepoty

**Rokowanie:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

[ ] duże [ ] średnie [ ] ograniczone

**Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia zabiegu podczas jego trwania**

Tak Nie

**Pytania przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego**

**1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź.

**Data i podpis pacjenta** .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis operatora.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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