

**Formularz zgody na leczenie chirurgiczne**

Imię i nazwisko pacjenta ..... Lekarz nadzorujący.....

Rozpoznanie:.....

Nazwa operacji: .....

Szanowny pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny może wiązać się z :

- następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością)

Po zabiegu mogą wystąpić następujące powikłania

- obrzęk, zasinienie, ból w okolicy po zabiegu
- krwawienie
- rozejście brzegów rany

Podczas lub po każdym zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić powikłania ogólne: omdlenie, zawał mięśnia sercowego, atak częstoskurczu napadowego, zapaść, atak padaczki, niewydolność oddechowa i zgon. Odstąpienie od zabiegu może spowodować

.....

.....

Alternatywne metody leczenia:.....

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Po zapoznaniu się z formularzem proszę potwierdzić zgodę na zabieg własnoręcznym czytelnym podpisem.

Miejscowość, Data.....

**Oświadczenie pacjenta**

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

Data i podpis pacjenta .....

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez ..... o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....

Data i podpis pacjenta .....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis pacjenta .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis pacjenta .....

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

.....  
.....

Oświadczam, że w razie konieczności zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego o  
..... wyrażam na to zgodę.

**Wyrażam zgodę na rozszerzenie zabiegu**

Data i podpis pacjenta .....

**Nie wyrażam zgody na rozszerzenie zabiegu**

Data i podpis pacjenta .....

Podpis lekarza .....