

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU: .....

DATA URODZENIA: ..... PLEĆ: M/K PESEL: ..... Tel. ....

ROZPOZNANIE: .....

Oświadczam, iż w pełni zrozumiałem (łam) informacje, które przekazano mi podczas rozmowy z lekarzem dr ..... Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- Rozpoznania, Proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- Wyników leczenia,
- Rokowania,
- Ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Do najczęstszych powikłań związanych z wycięciem zmiany skórnej lub zmiany zlokalizowanej w tkance podskórnej należą:

- powikłania podania środka miejscowo znieczulającego- lignokainy, włącznie ze wstrząsem uczuleniowym zagrażającym życiu,
- powikłania gojenia rany- krwiak w ranie, ropienie rany, niezadawalający efekt kosmetyczny - przerosła nieestetyczna blizna,
- możliwość przeniesienia zakażenia wirusem AIDS, Zapalenia wątroby typu B, C i inne.

Wyrażam zgodę na:

- Ewentualne czynności dodatkowe lub/i zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej,
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału (OIOM lub inne) zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia,
- Zastosowanie u mnie niezbędnego znieczulenia w trakcie operacji, o którego szczegółach zostanę poinformowany przez lekarza chirurga lub anestezjologa w trakcie przygotowania mnie do zabiegu operacyjnego.

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności szczepień p/ko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B przed zabiegami planowymi. Jednocześnie oświadczam, że rezygnuję z wykonania tego typu szczepień poinformowany/a o większym ryzyku zarażenia.

Oświadczam, że otrzymałem/am kopię niniejszej zgody na zabieg operacyjny celem swobodnego zapoznania się z jej treścią

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego**

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis lekarza)

.....  
(podpis pacjenta lub osoby uprawnionej)