

**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO**

Pieczęć Oddziału

Imię i Nazwisko pacjenta .....

PESEL ..... data urodzenia .....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani / Pana (istnieje u Pani / Pana podejrzenie)

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani / Pana wskazania do leczenia operacyjnego.

**2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO**

Po szczegółowej analizie Pani / Pana przypadku proponujemy leczenie operacyjne polegające na:

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Celem proponowanej operacji jest.....

Alternatywne metody leczenia Pani / Pana schorzenia obejmują: .....

**3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU****4. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na: .....

**5. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani / Pana przypadku:\*

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani / Pan zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani / Pana stanu zdrowia w przyszłości jest

następujące:.....

**6. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani / Pan zapytała / ał nas o wszystko co chciałaby / by Pani / Pan wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią / Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani / Pana pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO (w razie braku zastrzeżeń proszę

wpisać „bez zastrzeżeń” .....

## 7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani / Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani / Pana zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 8. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam / em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem Panem / Panią ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Zgadzam się  
bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)  
na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....  
*rodzaj zabiegu*

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....  
*data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

.....  
*czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.  
Zostałam / em poinformowana / ny o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji  
dla mojego zdrowia i życia.**

.....  
*data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

.....  
*czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:\*

☐ chory nieprzytomny

☐ chory przytomny, ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu ( po przeczytaniu zgody przez lekarza operującego chory wyraża zgodę na operację ze wszystkimi zastrzeżeniami)

.....  
*Data, pieczętka i podpis dwóch lekarzy tej samej specjalizacji, którzy stwierdzili konieczność wykonania zabiegu*

\*zaznaczyć właściwe