



KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK
 Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75

Formularz ŚWIADOMEJ ZGODY

na przeprowadzenie zabiegu oczyszczenia zakażonej rany pooperacyjnej

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

PESEL:

Nr historii choroby:

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu oczyszczenia rany pooperacyjnej. Zabieg zostanie przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jego przeprowadzenie. Jak przy każdej ingerencji operacyjnej należy się liczyć z powikłaniami natury krwotocznej z wytworzeniem krwiaków pooperacyjnych. Leczenie tego typu powikłań może wymagać przeprowadzenia innych operacji w tym neurochirurgicznych. Z uwagi na anatomiczne sąsiedztwo narządów jamy brzusznej, w tym naczyń biodrowych należy się liczyć z możliwością ich uszkodzenia w trakcie zabiegu, co może wymagać pilnych operacji chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Uszkodzenie ww. struktur może zagrażać życiu pacjenta. Z uwagi na mechaniczną ingerencję w sąsiedztwie układu nerwowego należy się liczyć z możliwością powstania deficytów neurologicznych pod postacią niedowładów lub porażeń kończyn, zaburzeń mikcji, defekacji, potencji - niekiedy o trwałym charakterze.

Zgadzam się na wszelkie zabiegi i operacje, których konieczność wykonania może pojawić się w trakcie leczenia w celu eliminacji ewentualnych skutków powikłań.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem:

(imię i nazwisko lekarza)

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....

(zastrzeżenia)

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

.....

(data)

(podpis pacjenta)

(podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny

.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji

dla mojego zdrowia i życia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

(podpis i pieczętka lekarza)