

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

**Podstawa prawna:**

- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 136 póź. 857 z późn. zm.) - w szczególności art. 32, 34;
- ustawa z dnia z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14 póź. 89 z późn. zm.) - w szczególności art. 19.

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:** .....

**NUMER HISTORII CHOROBY:** .....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU / OPERACJI**

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani:

**Złamanie kości kończyny..... z przemieszczeniem odłamów**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następujący zabieg /operację:

**Repozycja i ewentualna stabilizacja złamania**

Celem proponowanego zabiegu/ operacji jest:

**Przywrócenie/Poprawa funkcji kończyny**

Alternatywne metody leczenia Pani/Pana schorzenia to:

.....  
**2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU / OPERACJI**

.....  
**3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

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

Powikłania związane z tym/tą zabiegiem/ operacją mogą między innymi polegać na:

**Uszkodzenia naczyń, nerwów i ścięgien w operowanej kończynie , nieprawidłowe gojenie się rany, infekcja w miejscu wprowadzenia drutów, krwawienie, destabilizacja zespolenia, brak zrostu, zrost nieprawidłowy,**

**4. ROKOWANIA**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:

- duże       średnie       ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany/ą zabieg/operację rokowania co do Pana/Pani stanu zdrowia w przyszłości są następujące:

**Utrzymujący się ból kończyny, brak pełnej funkcji kończyny, nieprawidłowy zrost lub brak zrostu**

**5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

.....

**6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU/OPERACJI, 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 okoliczności. Przy braku Pana/Pani zgody zabieg/ operacja musiałaby zostać przerwany i ponownie później powtórzona, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana/Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

**7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

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

**Bez zastrzeżeń  
(lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się  
na przeprowadzenie u mnie zabiegu/ operacji**

**repozycja i ewentualna stabilizacja złamania .....  
(rodzaj zabiegu)**

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

.....  
data                      podpis lekarza                      podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

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

.....  
data                      podpis lekarza                      podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

**Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu .....**

.....