

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

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (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 dolnej.....

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

Repozycja i stabilizacja złamania za pomocą.....

Celem proponowanego zabiegu/ operacji jest:

Przywrócenie/Poprawa funkcji kończyny dolnej, zmniejszenie dolegliwości.....

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 dolnej,
nieprawidłowe gojenie się rany, infekcja rany pooperacyjnej, krwawienia,
destabilizacja zespolenia, brak zrostu, zrost nieprawidłowy, zakrzepowe zapalenie żył.**

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 stabilizacja złamania kości..... kończyny dolnej.....
(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

.....