



**INFORMACJA DLA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA  
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY**

1. IMIĘ NAZWISKO DZIECKA.....

2. PESEL .....

3. RODZAJ OPERACJI.....

**4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u dziecka następujące wskazania do operacji:

.....

.....

**5. PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na.....

.....

Alternatywne metody leczenia:

.....

**6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

.....

**7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

.....

.....

**8. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest u dziecka :

[ ] *duże* [ ] *średnie* [ ] *ograniczone*

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do stanu zdrowia dziecka w przyszłości jest następujące:

.....

.....

**9. ROZMOWA Z LEKARZEM**

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

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

W czasie zabiegu operacyjnego u dziecka 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/a zgody zabieg operacyjny u dziecka musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia dziecka. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## **8. OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA**

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w 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.....  
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

-rozpoznanie

-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.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u dziecka 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 podpis lekarza

.....  
data podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

### **Nie zgadzam się na proponowany zabieg operacyjny u dziecka.**

Zostałam poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla zdrowia i życia dziecka.

.....  
data podpis lekarza

.....  
data podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Podpisanie formularza przez przedstawiciela ustawowego dziecka jest niemożliwe z powodu

.....  
data podpis lekarza