



**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG OPERACYJNY**

1. IMIĘ NAZWISKO .....

2. PESEL .....

3. RODZAJ OPERACJI.....

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

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a 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 Pani/a :

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

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia 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. 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.

## 10. 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/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

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 z **lekarzem** .....  
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.

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

.....  
*(rodzaj zabieg*

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 pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

### **Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.**

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

.....  
*data podpis lekarza*

.....  
*data, podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

*Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu:*

.....  
*Data, podpis lekarza*