



Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Gorzowie Wlkp. Spółka z o.o.

**INFORMACJA DLA PAJENTA/KI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG OSTRZYKNIĘCIA LECZNICZEGO STAWÓW /
NAKŁUCIA JAMY STAWOWEJ**

1. IMIĘ I NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ SCHORZENIA
I WSKAZANIA DO ZABIEGU

4. ZABIEG POLEGA NA:

- podaniu środka leczniczego dostawowo
- nakłuciu i ewentualnym odbarczeniu jamy stawowej.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- odczyn miejscowy skóry
- ryzyko zakażenia miejscowego i ogólnoustrojowego
- ból
- krwiak
- krwawienie

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/ Pan zapytał/zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/ Pan wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/ Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

9. OŚWIADCZENIE PACJENTA/KI

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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:

- wskazań do zabiegu
- sposobu wykonania zabiegu

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu ostrzyknięcia leczniczego stawów/ nakłucia jamy stawowej.

.....
Data, podpis lekarza:

.....
data, podpis pacjenta/ki lub uprawnionego opiekuna:

Nie zgadzam się na proponowany zabieg

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

.....
data podpis lekarza:

.....
data, podpis pacjenta/ki lub uprawnionego opiekuna:

Podpisanie formularza przez pacjenta/kę jest niemożliwe z powodu

.....
Data, podpis lekarza