

**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ  
FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE  
IMPLANTACJI PORTU NACZYNIOWEGO**



**Podstawa prawna:**

- ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136 poz. 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 poz. 89 z późn. zm.) - w szczególności art. 19.

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:** .....

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

**1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU**

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań stwierdzono rozpoznano u Pana/Pani:

*trudności w uzyskaniu dostępu do naczyń obwodowych (żylnych)*

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:

*implantacja portu naczyniowego*

Celem proponowanego zabiegu jest:

- *ulatwienie dostępu do naczyń żylnych (celem podawania leków, m.in. cytostatyków, pobierania krwi)*

Alternatywne metody leczenia Pani/Pana schorzenia to:

*nie dotyczy*

**2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU**

*nie dotyczy*

**3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

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

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

- *odma opłucnowa*
- *ból*
- *krwiak*
- *krwawienie*
- *zakażenie*

**4. ROKOWANIA**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana/Pani przypadku:

duże                      średnie                      ograniczone

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

*nie dotyczy*

## 5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU

.....

## 6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY / ROZSZERZENIA ZABIEGU / OPERACJI, WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

*nie dotyczy*

## 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 wyjaśnienia 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 przeprowadzonego zabiegu,
- rokowania,

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

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

*implantacja portu naczyniowego*  
(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.  
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 .....**  
.....