

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana / Pani:
schyłkową niewydolność nerek;

Po szczegółowej analizie Pana / Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:
leczenie dializą otrzewnową;

Celem proponowanego zabiegu jest:
leczenie nerkozastępcze;

Alternatywne metody leczenia Pani / Pana schorzenia to:
hemodializa;

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU:

Eliminacja toksyn mocznicowych lub/i zmniejszenie przewodnienia.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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

Powikłania związane z tym zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- dializacyjne zapalenie otrzewnej,
- zakażenie ujścia i tunelu cewnika do dializ,
- zacieki płynu dializacyjnego do powłok ciała (moszny, jamy opłucnowej),
- nieadekwatna dializa (konieczność zmiany formy leczenia na hemodializę),
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej i tłuszczowej – zwłóknienie otrzewnej.

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobakter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem się ran, ich ropieniem czy innymi stanami zapalnymi, a także długotrwałą antybiotykoterapią.

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana / Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

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

- dalszy wzrost poziomu trucizn endogennych,
- postępujące przewodnienie,
- przewlekłe wyniszczanie organizmu w efekcie prowadzące do zgonu.

5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem / zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono 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 leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- rokowania,
- ewentualnego leczenia farmakologicznego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Zobowiązuję się przestrzegać procedur obowiązujących w Stacji Dializ WSzW w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. przede wszystkim:

- współpracy z zespołem terapeutycznym,
- akceptacji proponowanych parametrów leczenia koniecznych dla dostarczenia właściwej dawki dializy.

Bez zastrzeżeń

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

.....
(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu 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.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

UPOWAŻNIENIA

Oświadczam, że

- upoważniam Pana/Panią
- nie upoważniam nikogo do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń medycznych w szpitalu.

Oświadczam, że

- upoważniam Pana/Panią
- do uzyskiwania dostępu do niniejszej dokumentacji medycznej oraz do wglądu do niej po mojej śmierci.

Oświadczam, że

- nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dostępu do niniejszej dokumentacji medycznej oraz wglądu do niej po mojej śmierci.

.....
data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta / pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....