

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

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

Po szczegółowej analizie Pana / Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:
włączenie do leczenia nerkozastępczego metodą hemodializ;

Celem proponowanego zabiegu jest:
leczenie nerkozastępcze metodą powtarzalnych hemodializ;

Alternatywne metody leczenia Pani / Pana schorzenia to:
dializa otrzewnowa.

2. CEL PROPONOWANEGO ZABIEGU:

Eliminacja toksyn mocznicowych, zmniejszenie przewodnienia.

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 zabiegiem:

- hipotonia śródodializacyjna,
- wzrost ciśnienia tętniczego,
- infekcja bakteryjna, wirusowa,
- świąd skóry,
- kurcze mięśniowe,
- reakcja uczuleniowa na błony dializacyjne,
- zator powietrzny,
- hemoliza,
- hipoksemia,
- zaburzenia rytmu serca,
- zaburzenia snu,
- krwawienie związane z przewlekłym stosowaniem leków przeciwkrzepliwych,
- zespół MIA (miażdżyca / zapalenie / niedożywienie),
- nagły zgon.

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 rokowanie 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

.....
.....

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

.....