

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/PACJENTA ORAZ FORMULARZ  
ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACJĘ/ ZABIEG .....  
LUB OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI/ ZABIEGU**

1. **Imię nazwisko pacjenta:** .....
2. **PESEL/data urodzenia:** .....
3. **Przedstawiciel ustawowy (jeżeli dotyczy) imię i nazwisko:** .....
4. **Przedstawiciel ustawowy PESEL:** .....

**RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI:**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku w oparciu o dokumentację medyczną, w związku z rozpoznaniem u Pana/Pani ..... proponujemy zabieg .....

..... jest to ..... Polega na .....

**PROPONOWANA METODA LECZENIA:**

.....  
Zabieg będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg operacyjny przeprowadza się po zebraniu wywiadu przedoperacyjnego z pacjentem, przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta i jego rodziny, gdy została ona upoważniona do współdziałania i udzielania informacji dotyczących indywidualnych warunków pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Operację/ zabieg ..... przeprowadza się<sup>1</sup> .....

.....  
.....  
.....  
.....  
Pacjent przed zabiegiem w znieczuleniu miejscowym powinien wziąć leki, które bierze na stałe, zjeść śniadanie, dbać o dobre nawodnienie, natomiast przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym wskazana jest dieta ścisła 6 godzin przed zabiegiem z wyłączeniem płynów przejrzystych (woda) do 2 godzin przed zabiegiem. Należy bezwzględnie unikać palenia wyrobów tytoniowych oraz spożywania alkoholu. Wskazana dobra kontrola chorób przewlekłych.

---

1 Proszę wskazać rodzaj znieczulenia oraz opis zabiegu

Przed zabiegiem lekarz  
przeprowadzi<sup>2</sup> .....

Po zabiegu nie  
wolno<sup>3</sup> .....

Przy wyjściu ze szpitala pacjent otrzymuje receptę na leki – należy stosować leki od razu po wyjściu do domu i stosować je zgodnie z zaleceniami na receptce – do drugiej kontroli – termin wyznaczony jest na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego. Opatrunek ..... należy zmieniać na nowy, jałowy do dnia następnego po operacji, do czasu pierwszej kontroli po operacji.

Szczególne zalecenia dotyczące przygotowania się pacjenta do zabiegu: .....

**WYNIKI LECZENIA / OCZEKIWANE KORZYŚCI:**

Oczekiwane korzyści z wykonania zabiegu to .....

**INNE MOŻLIWE ALTERNATYWNE METODY LECZENIA :**

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI/ ZABIEGU:**

**DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZANIECHANIA OPERACJI:**

\_\_\_\_\_

2 Proszę wpisać ewentualne badania, które są przeprowadzane przed zabiegiem

3 Np. wstawać, dźwigać, wykonywać gwałtownych ruchów ect.

W przypadku, gdy nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg konsekwencje mogą być następujące: .....

.....  
.....

#### **PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU:**

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu to: .....

.....  
.....

#### **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI - MOŻLIWE POWIKŁANIA:**

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania.

1. **Częste**, mniej groźne:

- 

2. **Rzadkie**, dużo poważniejsze:

- 

3. **Nietypowe**

- 

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta.

#### **OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA**

.....  
.....  
.....

#### **ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu w Pana/Pani przypadku jest:

duże

średnie

ograniczone

#### **Rozmowa z lekarzem**

Prosimy, aby Pani/n zapytała/ł nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania. Jeśli w toku rozmowy udzielono innych istotnych dla pacjenta informacji, należy napisać je poniżej.

.....

.....

## **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.<sup>4</sup>

## **OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Niniejszym oświadczam, że w pełni zrozumiałam(em) informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, która dotyczyła świadomego wyrażenia zgody na w/w zabieg oraz te zawarte niniejszym formularzu.

Oświadczam również, że zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób przystępny i zrozumiały. Po rozmowie z lekarzem oraz zapoznaniu się z treścią tego formularza spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji o:

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniach,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- proponowanych oraz możliwych metodach leczenia (ewentualnie ich braku)
- spodziewanych efektach zabiegu i wynikach leczenia,
- rokowaniach;
- dających się przewidzieć następstwach wykonania zabiegu;
- dających się przewidzieć następstwach zaniechania wykonania zabiegu,
- ryzyku zabiegu i możliwych powikłaniach,
- sposobie przygotowania do zabiegu i postępowania po jego wykonaniu,
- zaleceniach i przeciwskazaniach,

**Biorąc powyższe pod uwagę:**

**WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie zabiegu.....

.....

Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na proponowany zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana(y) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

---

<sup>4</sup> Art. 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty

.....  
Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

---

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

.....  
Data, podpis lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....  
Data, podpis lekarza