

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA NACIĘCIE ZAKRZEPY PRZYODBYTOWEGO

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) _____

PESEL _____

W trakcie zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- krwawienie - wymagające obserwacji, a czasem interwencji w warunkach bloku operacyjnego, zdarzające się w około 2% przypadków
- zakażenie – objawiające się bólem w 7-10 dni po zabiegu, z gorączką, zatrzymaniem moczu, wymagające antybiotykoterapii u około 1% pacjentów

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania badania.

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi):

- czy występują zaburzenia krzepnięcia krwi, skłonność do krwawień TAK NIE
- czy stosowane są leki p/krzepliwe (Sintrom, Acenocumarol) lub p/płytkowe (Acard, Polopiryna, Bestpiryn, Ticlid, Aclotin TAK NIE
- czy występuje alergia lub zdarzały się uczulenia na leki (antybiotyki, leki p/bólowe) TAK NIE (jeżeli tak to na które?) _____
- czy występują choroby serca, układu krążenia lub układu oddechowego TAK NIE (jeżeli tak to jakie?) _____

- czy wszczepiono sztuczne zastawki serca, stymulatory/defibrylatory serca, protezy naczyniowe (prosimy zaznaczyć) TAK NIE
- czy występują jakiegokolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego zabiegu TAK NIE (jeżeli tak to jakie?) _____

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

Zachowanie po zabiegu:

Nie ma specjalnych zaleceń. Wystąpienie jakichkolwiek niepokojących objawów po zabiegu należy niezwłocznie zgłosić lekarzowi.

Ja _____ wyrażam dobrowolną zgodę na nacięcie zakrzepu przyodbytowego. Zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o przebiegu zabiegu jak również możliwych powikłaniach i korzyściach wykonywanych procedur medycznych.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego i na wiążące się z tym koszty
- stwierdzam, że uzyskałem/ -am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

Warszawa, _____, _____
Data i godzina

_____ podpis Lekarza

_____ podpis Pacjenta