

**Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu: skleroterapia naczyń żylnych
(pajęczków żylnych, żył siatkowatych, żylaków kończyny dolnej)**

Pacjent(ka)

(imię i nazwisko) _____

PESEL _____

Zostałam(em) wyczerpująco i zrozumiale poinformowana(y) o:

- wskazaniach i przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- alternatywnych metodach leczenia,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych/wyrobów medycznych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu,
- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu na poszczególnych etapach, w tym w szczególności o tych, które wymieniono w załączniku nr 1 do zgody pacjenta,
- możliwości wystąpienia innych następstw i powikłań, których nie można było przewidzieć w momencie przystąpienia do zabiegu,
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu, w tym konieczności odbywania wizyty kontrolnych,
- następstwach odstąpienia od zabiegu, w tym również o następstwach wykonania zabiegu lub w czasie późniejszym, niż określony przez lekarza jako rokujący największe szanse powodzenia,
- rokowaniu.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się do zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań do wykonania zabiegu może wpłynąć na efekt zabiegu. Poinformowano mnie także, że efekty zabiegu uzależnione są od wielu różnych czynników takich jak stan zdrowia, wiek oraz inne cechy, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu. Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu zabiegu.

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,

- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanych leków,
- przebytych zabiegów,
- przebytych urazów.

Oświadczam, że zatajenie którejkolwiek z wymienionych wyżej informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody – między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, negatywnego lub niepełnego efektu zabiegu, wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych), za którą lekarz wykonujący zabieg nie ponosi odpowiedzialności. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała. Oświadczam, że otrzymałem(am) załącznik nr 1 do zgody, w którym zamieszczono szczegółowe informacje dotyczące zabiegu, w tym opis typowych, najczęściej występujących powikłań. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem(em) poinformowany przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych. Jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do zabiegu a moimi oczekiwaniami. Oświadczam, że wyrażam zgodę na rozszerzenie zakresu zabiegu i/lub zmianę sposobu wykonania w trakcie jego trwania (dalej „rozszerzenie pola operacyjnego”), jeśli odstąpienie od tego rodzaju czynności mogłoby stanowić w ocenie lekarza zagrożenie dla mojego życia lub skutkować ciężkim uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Przed wyrażeniem zgody na „rozszerzenie pola operacyjnego”, zostałem poinformowany o korzyściach związanych z wyrażeniem zgody, w tym eliminowaniu ryzyka zdrowotnego, wystąpieniu negatywnych następstw, wydłużeniu procesu leczenia. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu **Skleroterapia naczyń żylnych (pajęczków żylnych, żył siatkowatych, żyłaków kończyny dolnej)**

Warszawa, _____, _____
Data i godzina

_____ podpis Lekarza

_____ podpis Pacjenta

Zgodnie z art. 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2015 r., poz. 464), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. Przez typowe i najczęściej występujące powikłania należy rozumieć następstwa, które zdarzają się statystycznie najczęściej i można je przewidzieć w świetle aktualnej, wiedzy medycznej. Wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne lub następstw/powikłań, których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie może być przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania zabiegu.