

Formularz Zgody

Wszczepienie Implantów PILLAR w przypadku bezdechu i chrapania (PILLAR)

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Wszczepienie Implantów PILLAR w przypadku bezdechu i chrapania (PILLAR)

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym.

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

Szanowny pacjencie,

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania:

Częste lecz niegroźne

- Obrzęk i ból gardła, ból uszu utrzymujący się około 2 tygodni,
- Krwawienie z gardła – wczesne (w 1dniu) ,
- Krwawienie późne (w dniach kolejnych, głównie do 7 doby),
- Zmiana barwy głosu,
- Zaburzenia smaku,
- Zaburzenia czucia w gardle, poczucie ciała obcego,
- Przemieszczenie się lub wysunięcie wszczepionego implantu.

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. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

MedPolonia Sp. z o.o.

ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61/ 66 43 300

biuro@medpolonia.pl

Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez dr
o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

W sposób świadomy i pełny wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wyżej wymienionego zabiegu operacyjnego, w tym na towarzyszące zabiegowi procedury medyczne, oraz na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji z powodu wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
data, godzina

.....
czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

Data, pieczętka i podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji.

Zostałam/em poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....

.....

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

.....
data, godzina

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/świadków

.....
podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

****UWAGA:** W przypadku osób do **16-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od **16-go do 18-go roku życia** zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.