

PROTOKÓŁ KWALIFIKACJI DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM

Imię i NazwiskoPESEL

Rozpoznanie

Proponowany zabieg operacyjny:

Operowana strona (zakreślić właściwe) 1. lewa 2. prawa 3. nie dotyczy

.....
data

.....
podpis lekarza

INFORMACJA DLA PACJENTA W ZWIĄZKU Z PROPONOWANYM ZNIECZULENIEM MIEJSCOWYM

Szanowny/a Panie/Pani, w związku z istniejącym schorzeniem wskazane jest wykonanie u Pana/Pani proponowanego przez lekarza zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowym. Celem bezpiecznego wykonania zabiegu z zastosowaniem znieczulenia miejscowego niezbędne jest udzielenie przez pacjenta/kę odpowiedzi na poniższe pytania. Proszę o przemyślenie i dokładne udzielenie odpowiedzi oraz zakreślenie **TAK** lub **NIE**. W razie wątpliwości proszę o skierowanie pytań do lekarza, który będzie wykonywać znieczulenie miejscowe.

Pytania do pacjenta/pacjentki:

1. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki lub substancje chemiczne lub czynniki otoczenia ?
TAK / NIE

Jeśli TAK, to proszę wymienić:

2. Czy miał Pan/Pani problemy po zastosowaniu leczenia miejscowego (np. u stomatologa)?
TAK / NIE

Jeśli TAK, to kiedy i jakie objawy wystąpiły:

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta/ki

Po przeprowadzeniu wywiadu i badania fizykalnego kwalifikuję pacjenta/kę do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowym. Ponadto, stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/ce rozpoznanie, jego istotę i związaną z nim informację o stanie Jego/Jej zdrowia, proponowane oraz możliwe metody diagnostyczne, a także planowany rodzaj i sposób leczenia operacyjnego i znieczulenia.

Poinformowałem/am również o możliwych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania, potencjalnych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji wraz z zastosowaniem znieczulenia miejscowego.

Poinformowałem pacjenta/kę o przewidywanym rokowaniu. Ponadto poinformowałem pacjenta/kę o innych możliwych metodach terapeutycznych schorzenia, a także o możliwych, dających się przewidzieć następstwach, zagrożeniach spowodowanych odstąpieniem przez pacjenta/kę od udzielenia zgody na leczenie operacyjne.

.....
data

.....
podpis lekarza

ZGODA PACJENTA/PACJENTKI NA ZABIEG OPERACYJNY W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości i rozumiem przedstawione przez lekarza informacje o rozpoznaniu, jego istocie i stanie mojego zdrowia, o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, wskazaniach do zabiegu: koncepcja leczenia obejmującego wykonanie zabiegu w znieczuleniu miejscowym, a także fakt ryzyka wystąpienia powikłań o charakterze ogólnym i miejscowym, związanych z przeprowadzonym zabiegiem i znieczuleniem.

Stwierdzam, że czytałem/am (lub zostało mi odczytane) powyższe oświadczenie, którego treść w pełni rozumiem.

Oświadczam, że uzyskałem/am od lekarza wyczerpujące i wystarczające odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania w związku z proponowanym zabiegiem operacyjnym w znieczuleniu miejscowym.

Zgadzam się na proponowane leczenie i wykonanie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu miejscowym.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta /pacjentki lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a przez lekarza o ryzyku i korzyściach wynikających z leczenia krwią.

Wyrażam zgodę na przetoczeniu krwi, jej składników i preparatów krwiopochodnych.

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza
udzielającego informacji

.....
podpis pacjenta / pacjentki lub opiekuna prawnego

