Załącznik Nr 1do Zarządzenia Nr 7/2022

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 27 stycznia 2022 roku

|  |
| --- |
| **Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie** |
| Jednostka/komórka organizacyjna (pełna nazwa lub pieczątka nagłówkowa) | **ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU** **OPERACYJNEGO** |
| ***nazwisko i imię*** | 🞏 **K** | **PID** |
| 🞏 **M** | **PESEL** |
| **Rozpoznanie**  |  |
| **Planowane leczenie** |  |
| Niniejszym oświadczam, że w dniu |  |
| (dzień, miesiąc, rok) |
| w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie **–** Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, Pani/Pan  |  |  |
| (imię i nazwisko lekarza) |
| przeprowadziła / przeprowadził ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego, obejmującego: |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (należy wyszczególnić rodzaj zabiegu operacyjnego) |
| Oświadczam, że podczas przedmiotowej rozmowy, uzyskałam/em od wyżej wymienionego lekarza przystępną, zrozumiałą i wyczerpującą informację o:* Moim stanie zdrowia.
* Rozpoznaniu.
* Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego), jak również o ryzyku i powikłaniach, *w szczególności takich jak:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(wpisać jakich)** Mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwiopochodnych w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach.
 |
| Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałam/em możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i otrzymałam/em od wyżej wskazanego lekarza, przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania w zakresie jak powyżej. |
| Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podanie krwi lub preparatów krwiopochodnych oraz innych leków pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej. |
| Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego zabiegu operacyjnego, podania krwi lub preparatów krwiopochodnych i użycia materiałów medycznych. |
| Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa. |
| **Potwierdzam, że przyjęłam / przyjąłem do wiadomości i zrozumiałam / zrozumiałem powyższe informacje, w tymw szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym (przekazane przez lekarza).** |

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

🞏 wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,

🞏 podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),

🞏 przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.

………………………………………………………………………………………………………..

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**NIE WYRAŻAM ZGODY NA:**

🞏 wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,

🞏 podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),

🞏 przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.

………………………………………………………………………………………………………..

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

|  |
| --- |
| *Pieczątka i podpis lekarza* |

Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |