

## **ZARZĄDZENIE NR 25/2025**

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –  
Państwowego Instytutu Badawczego  
z dnia 17 kwietnia 2025 r.

**w sprawie zmiany Zarządzenia Nr 7/2022 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie wzorów formularzy „Zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego” oraz „Zgody na leczenie systemowe z informacją o możliwych skutkach ubocznych chemioterapii”**

Na podstawie § 7 Statutu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, zarządza się, co następuje:

### **§ 1.**

W Zarządzeniu Nr 7/2022 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie wzorów formularzy „Zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego” oraz „Zgody na leczenie systemowe z informacją o możliwych skutkach ubocznych chemioterapii” załącznik nr 1 „Zgoda na wykonanie zabiegu operacyjnego” otrzymuje brzmienie załącznika do niniejszego Zarządzenia.

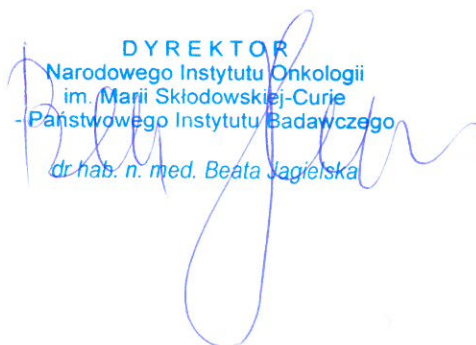
### **§ 2.**

Pozostałe zapisy zarządzenia nie ulegają zmianie.

### **§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

DYREKTOR  
Narodowego Instytutu Onkologii  
im. Marii Skłodowskiej-Curie  
- Państwowego Instytutu Badawczego  
dr hab. n. med. Beata Jagielska



| Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|-------|
| Jednostka/komórka organizacyjna<br>(pełna nazwa lub pieczęć nagłówkowa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU<br/>OPERACYJNEGO</b> |       |
| nazwisko i imię                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/><br>K                      | PID   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/><br>M                      | PESEL |
| <b>Rozpoznanie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                    |       |
| <b>Planowane leczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |       |
| <p>Niniejszym oświadczam, że w dniu _____ (dzień, miesiąc, rok)</p> <p>w Narodowym Instytucie Onkologii<br/>im. Marii Skłodowskiej-Curie<br/>– Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie,</p> <p>Pani/Pan _____ (imię i nazwisko lekarza)</p> <p>przeprowadziła / przeprowadził ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego, obejmującego:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ (należy wyszczególnić rodzaj zabiegu operacyjnego)</p> <p>Oświadczam, że podczas przedmiotowej rozmowy, uzyskałam/em od wyżej wymienionego lekarza przystępną, zrozumiałą i wyczerpującą informację o:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• moim stanie zdrowia,</li><li>• rozpoznaniu,</li><li>• proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz <u>innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego)</u>, jak również o ryzyku i powikłaniach, w <u>szczegółności takich jak</u>:</li></ul> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ (wpisać jakich)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwipochodnych w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach.</li></ul> <p>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.</p> <p>Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny obarczony jest ryzykiem wystąpienia zakażenia szpitalnego.</p> <p>Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podanie krwi lub preparatów krwipochodnych 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.</p> <p>Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć z planowanego zabiegu operacyjnego, podania krwi lub preparatów krwipochodnych i użycia materiałów medycznych.</p> <p>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.</p> <p><b>Potwierdzam, że przyjąłem / przyjąłem do wiadomości i zrozumiałam / zrozumiałem powyższe informacje, w tym w szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym (przekazane przez lekarza).</b></p> |  |                                                    |       |

**WYRAŻAM ZGODE 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

Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam

*Pieczętka i podpis lekarza*

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

---

---

---

---

---

---