

DOKUMENT KWALIFIKACYJNY DO ZABIEGU

Istotne jest skrupulatne wypełnienie dokumentu, ponieważ na jego podstawie lekarz może dobrać odpowiedni rodzaj znieczulenia. Prosimy więc o nie zatajanie jakichkolwiek faktów, a jeśli posiadacie Państwo dodatkowe informacje nie zawarte w pytaniach ankiety, które Państwa zdaniem będą miały wpływ na przebieg operacji, prosimy o ich podanie. Podane w ankiecie informacje objęte są tajemnicą dokumentacji medycznej i tajemnicą lekarską.

NR HISTORII CHOROBY.....

Nazwisko..... Imię.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL..... Telefon.....

Adres.....

Prawni opiekunowie/Kurator/Opiekun faktyczny pacjenta*

Wzrost..... Waga.....

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Uwagi lekarza prowadzącego:

Brak uwag,

Stwierdzone uwagi:.....

W celu ostatecznego zakwalifikowania pacjenta do zabiegu konieczne jest przeprowadzenie rozmowy z lekarzem anestezjologiem, która odbywa się, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, na 10-14 dni przed zabiegiem po wcześniejszym telefonicznym ustaleniu terminu. Rozmowa ma na celu ocenę stopnia ryzyka planowanego znieczulenia, aktualną ocenę stanu zdrowia pacjenta, analizę wyników badań oraz ewentualne zlecenie kolejnych badań diagnostycznych, mających na celu zakwalifikowanie lub zdyskwalifikowanie pacjenta do wykonania zabiegu operacyjnego.

Uwagi lekarza anestezjologa:

Brak uwag,

Stwierdzone uwagi:.....

Przed przystąpieniem do konsultacji anestezjologicznej konieczne jest wykonanie zleconych badań:

grupa krwi i czynnik Rh,

EKG (powyżej 45r.ż.)

morfologia krwi,

wymaz z gardła (do zabiegów EPP)

wskaźnik INR,

inne badania wg zaleceń lekarskich

czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),

badania nie wymagane

glukoza

Zatwierdzone przez lekarza anestezjologa wyniki badań laboratoryjnych należy dostarczyć w dniu przyjęcia do Szpitala w Izbie Przyjęć.

Imię.....Nazwisko.....

W celu należytego przygotowania się do zabiegu konieczne jest przestrzeganie zaleceń lekarza otrzymanych w trakcie konsultacji anestezjologicznej, w tym zaleceń dotyczących przyjmowanych leków. Szczególnie ważne jest **nie spożywanie żadnych pokarmów na 6 godzin oraz płynów na 2 godziny przed planowanym znieczuleniem**. Zachęcamy Państwa do korzystania z otrzymanej w Dziale Planowania Zabiegów instrukcji dotyczącej etapów przygotowania do zabiegu oraz z poradnika dla pacjenta dostępnego na stronie www.lukasza.pl/przydatne-informacje.

Informacja o rodzajach znieczuleń

Sposób znieczulenia ustalacie Państwo w trakcie konsultacji z lekarzem anestezjologiem, który zaproponuje metodę dostosowaną do zakresu Państwa operacji oraz stanu zdrowia. Poniżej przedstawiamy krótką informację o stosowanych technikach znieczulenia.

Przed każdym znieczuleniem zakłada się do żyły wenflon, przez który będą podawane leki. Na sali operacyjnej podłącza się pacjenta do aparatury monitorującej pracę serca, ciśnienie krwi i inne ważne parametry życiowe.

Przez 24 godziny po znieczuleniu należy zachować szczególną ostrożność, ograniczyć aktywność, nie wolno prowadzić samochodu, obsługiwać urządzeń mechanicznych ani podejmować ważnych decyzji. Jeżeli planowany jest powrót do domu w tym samym dniu co operacja, to tylko pod opieką innej osoby dorosłej. Ma to związek z podawaniem leków wpływających na świadomość.

1. Znieczulenie ogólne (narkoza) - po podaniu leków (a w przypadku małych dzieci środków wziewnych przez maskę) pacjent traci świadomość, odruchy, może przestać oddychać. Dla zapewnienia oddychania konieczne jest wprowadzenie do gardła lub tchawicy odpowiedniej maski lub rurki. Po wybudzeniu jeszcze przez pewien czas pacjent jest senny i zdezorientowany. Picie i jedzenie możliwe jest dopiero po upływie 2-3 godzin od wybudzenia ze względu na możliwość krztuszenia się lub wymiotów. Ten rodzaj znieczulenia w istotny sposób wpływa na pracę całego organizmu, stąd w przypadku złego stanu zdrowia pacjenta często lepszym wyborem będą inne znieczulenia.

Niezastosowanie się do zalecenia bycia na czczo co najmniej przez 6 godzin szczególnie przy tym znieczuleniu jest niebezpieczne dla życia, ze względu na ryzyko zachłyśnięcia!

2. Znieczulenie dokręgosłupowe (podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe)- tu przez skórę i więzadła kręgosłupa za pomocą igły podaje się lek w okolicę rdzenia kręgowego, co powoduje, że w dolnej połowie ciała pacjent nie odczuwa bólu i nie może ruszać nogami. Ból związany z nakłuciem jest niewielki, gdyż igły są bardzo cienkie. Jeżeli do znieczulenia konieczne jest użycie grubszej igły, to miejsce nakłucia jest dodatkowo znieczulone miejscowo. Ten rodzaj znieczulenia nie wpływa na świadomość oraz oddychanie. Dochodzi w nim do poszerzenia naczyń krwionośnych dolnej części ciała, co sprzyja wychłodzeniu organizmu oraz może powodować obniżenie ciśnienia krwi. Znieczulenie podpajęczynówkowe trwa około 2-5 godzin, w tym czasie należy leżeć płasko oraz powstrzymać się od picia i jedzenia (możliwość wymiotów). Po ustąpieniu znieczulenia można pić i jeść oraz zmieniać pozycję, jednak wstanie z łóżka możliwe jest za zezwoleniem personelu, czasem dopiero w dniu następnym. Zdarza się, że konieczne bywa założenie cewnika do pęcherza moczowego, jeżeli pacjent ma problem z oddaniem moczu po operacji.

3. Znieczulenia splotów nerwowych i nerwów obwodowych (np. blokada splotu ramiennego, blok podkolanowy) - ten rodzaj znieczulenia w minimalnym stopniu wpływa na cały organizm, a znieczulenie ograniczone jest do operowanej części ciała. Utrzymuje się przez kilka do kilkunastu godzin przez co zapewnia również długie działanie przeciwbólowe po operacji. Polega na podaniu leku przez igłę w okolicę nerwów obwodowych. Wykonuje się go przy użyciu aparatu USG (pod kontrolą wzroku) lub przy użyciu stymulatora nerwów obwodowych (gdź końcówka igły znajdzie się w okolicy nerwu impuls prądowy wywołuje skurcz mięśnia). Dopóki blokada działa, znieczulona część ciała jest niewrażliwa na ból, drętwą, ciepłą i trudno nią poruszyć. Do czasu całkowitego ustąpienia blokady nie wolno używać znieczulonej nogi lub ręki, gdyż może to skutkować przewróceniem się.

4. Sedacja - to podanie leku likwidującego stres związany z operacją. Pacjent staje się senny i uspokojony. Często nie będzie pamiętał tego, co się działo na sali operacyjnej.

5. Znieczulenie nasiąkowe/miejscowe- polega na ostrzyknięciu przez igłę lekiem miejsca operowanego. Działa tylko w miejscu podania.

Ryzyko i powikłania.

Czynniki zwiększające ryzyko operacji, to: podeszły wiek, palenie papierosów, otyłość, słaba wydolność fizyczna organizmu, zły stan zdrowia (choroby przewlekłe, uszkodzenia narządowe), infekcja. Ryzyko wzrasta także, jeżeli operacja jest długa, rozległa, bądź związana z dużą utratą krwi.

Ryzyko związane ze znieczuleniem.

W dzisiejszych czasach znieczulenia są bardzo bezpieczne, powikłania zdarzają się bardzo rzadko, jednakże każde znieczulenie może pomimo dokładanych najwyższych starań wiązać się z wystąpieniem działania niepożądanego lub powikłania. Odbycie konsultacji anestezjologicznej oraz zastosowanie się do zaleceń pomoże Państwu wybrać optymalny sposób znieczulenia i zmniejszyć ryzyko powikłań. Oprócz powikłań występują działania uboczne stosowanych leków i technik znieczulenia. Oto niektóre z nich: senność, dezorientacja, zawroty głowy, osłabienie, nudności, wymioty, ból (gardła, pleców, miejsc wkłuć, mięśni), świąd skóry, trudność w oddaniu moczu, uczucie zimna, dreszcze, niepokój. Poinformowanie personelu o wystąpieniu w/w objawów pozwoli nam pomóc w Państwa poprawie samopoczucia. Rzadkie powikłania to np.: uszkodzenie wargi, języka, zębów, przejściowe uszkodzenie nerwów obwodowych, krwiak w miejscu wkłucia igły, infekcja w miejscu wkłucia igły, popunkcyjne bóle głowy, przemijający ból w okolicy kręgosłupa, zasłabnięcie, zaburzenia pamięci, zaostrzenie chorób przewlekłych. Poważne powikłania występują niezwykle rzadko. Podawane w literaturze medycznej możliwe poważne powikłania to między innymi: zgon, zawał serca, zatrzymanie krążenia krwi lub oddechu, udar mózgu, paraliż, trwałe uszkodzenie nerwów, oczu, silne reakcje uczuleniowe na podane leki (duszność, wstrząs, zatrzymanie krążenia).

Ankieta anestezyjologiczna – wypełnia pacjent

Ankieta dotyczy okresu całego życia.

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania, właściwą odpowiedź należy zakreślić X.

Czy pozostaje Pan/ Pani pod opieką lekarza specjalisty?

TAK NIE

kardiologa

neurologa

pulmonologa

innego (wymienić)

Czy przyjmuje Pan/Pani leki w ostatnich dniach lub tygodniach?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy stwierdzono u Pana/ Pani wcześniej lub obecnie chorobę któregoś z podanych poniżej układów lub narządów?

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

Zaburzenie rytmu serca TAK NIE

Wada serca lub naczyń TAK NIE

Choroba niedokrwienności serca TAK NIE

Zawał serca (rok) TAK NIE

Zapalenie mięśnia sercowego TAK NIE

Nadciśnienie TAK NIE

Niskie ciśnienie krwi TAK NIE

Duszność w czasie wchodzenia po schodach

(do II piętra) TAK NIE

Zakrzepica krwi TAK NIE

Miażdżyca naczyń TAK NIE

Stan po reanimacji TAK NIE

Stymulator serca TAK NIE

Inne:.....

WEWNĄTRZNACZYNIOWE

Stent wewnątrz naczyniowy TAK NIE

Data założenia.....

Embolizowany tętniak TAK NIE

Data embolizacji.....

Żyłki kończyn dolnych TAK NIE

UKŁAD ODDECHOWY

Przewlekłe zapalenie oskrzeli

(POCHP) TAK NIE

Astma oskrzelowa TAK NIE

Zapalenie płuc TAK NIE

Gruźlica TAK NIE

Inne:.....

WĄTROBA

Żółtaczka mechaniczna TAK NIE

Marskość wątroby TAK NIE

Kamica pęcherzyka żółciowego TAK NIE

Inne:.....

NERKI

Podwyższone wartości kreatyniny TAK NIE

Dializowanie TAK NIE

Zapalenie nerek TAK NIE

Kamica nerkowa TAK NIE

Inne:.....

PRZEWÓD POKARMOWY

Choroba wrzodowa TAK NIE

Refluks przełykowy TAK NIE

Zapalenie jelit TAK NIE

Biegunki lub krwawienia TAK NIE

Imię.....Nazwisko.....

TRZUSTKA

Przebyte zapalenie trzustki TAK NIE
 Inne:.....

PRZEMIANA MATERII

Cukrzyca TAK NIE
 Dna moczanowa TAK NIE
 Otyłość TAK NIE
 Porfiria TAK NIE
 Inne:.....

TARCZYCA

Nadczynność TAK NIE
 Niedoczynność TAK NIE
 Wole (powiększenie) TAK NIE
 Inne:.....

UKŁAD KOSTNY I STAWOWY

Choroby kości TAK NIE
 Choroby stawów TAK NIE
 Dyskopatie i inne choroby kręgosłupa TAK NIE
 Inne:.....

UKŁAD NERWOWY

Padaczka TAK NIE
 Porażenia i niedowłady TAK NIE
 Depresja / Nerwica TAK NIE
 Bezsensowność TAK NIE
 Bóle głowy TAK NIE
 Udar mózgu TAK NIE
 Inne:.....

NARZĄD WZROKU

Zaćma TAK NIE
 Jaskra TAK NIE
 Soczewki kontaktowe TAK NIE
 Odwarstwienie siatkówki TAK NIE
 Inne:.....

MIĘŚNIE

Oslabienie mięśni/miastenia TAK NIE
 Inne:.....

Czy u najbliższych członków rodziny występowały choroby mięśni?

TAK NIE
 Jeśli tak, to jakie?.....

CHOROBY ZAKAŻNE PRZEBYTE

WZW A/B/C TAK NIE
 AIDS/ Nosicielstwo HIV TAK NIE

UCZULENIA

Leki TAK NIE

 Katar sienny TAK NIE
 Soja TAK NIE
 Białko jaja TAK NIE
 Sierść zwierząt, kurz TAK NIE
 Jod TAK NIE
 Plaster TAK NIE
 Latex TAK NIE
 Inne:.....

KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

Zaburzenia krzepnięcia TAK NIE
 Częste krwawienia z nosa TAK NIE
 Skłonność do nadmiernego powstawania siniaków TAK NIE
 Inne:.....

INNE CHOROBY

TAK NIE
 Jeśli TAK, to jakie?

ZABURZENIA SŁUCHU

Aparat słuchowy TAK NIE
 Choroby ucha TAK NIE

CHOROBY ZĘBÓW

Zęby ruchome TAK NIE
 Protezy zębowe TAK NIE

PALENIE TYTONIU

TAK NIE
 Od kiedy Pan/Pani pali/ile lat?

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

TAK NIE
 Rzadko TAK NIE
 Regularnie TAK NIE

DOTYCZY DZIECI

Urodziło się o czasie TAK NIE
 Masa urodzeniowa:
 Liczba pkt. w skali Apgar:
 Poród powikłany TAK NIE

 Wady wrodzone TAK NIE

 Czy dziecko było szczepione w ciągu ostatnich 6 tygodni?
 Rodzaj szczepionki? TAK NIE

Podpis proszę złożyć w obecności lekarza anestezjologa!

Zgoda na znieczulenie

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie / mojego dziecka(*) znieczulenia:

znieczulenia ogólnego	podpajęczynówkowego	zewnątrzoponowego	miejscowego / sedację	blokadę splotu ramiennego	blokadę obwodowej

jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, transfuzje, stosowanie potrzebnych leków) w czasie trwania oraz po zabiegu.

Zgadzam się na uzasadnione medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o proponowanym znieczuleniu, miałem(am) nie skrepowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(am) wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym(a) wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

Zobowiązuję się, że na 6 godzin przed planowanym znieczuleniem nie będę przyjmował(a) żadnych pokarmów oraz w ciągu 2 godzin płynów.

WYPEŁNIA LEKARZ ANESTEZJOLOG:

SCHORZENIA WYMAGAJĄCE LECZENIA PRZED PLANOWANYM PRZYJĘCIEM DO SZPITALA:

.....

PROPONOWANE POSTĘPOWANIE:

- Brak
- Konsultacje:
- Modyfikacja leczenia nadciśnienia tętniczego
- Modyfikacja leczenia cukrzycy

BADANIE FIZYKALNE:

odchylenia do normy

TAK NIE

Jakie?.....

WARUNKI INTUBACJI:

DOBRE ZŁE

SKALA MALLAMPATIEGO:

SKALA ASA:

Chory został zakwalifikowany do znieczulenia: TAK NIE

.....

.....
 data i czytelny podpis pacjenta(ki)**

.....
 data i czytelny podpis opiekuna prawnego**

.....
 data i podpis lekarza anestezjologa

Imię.....Nazwisko.....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PRZESZŁOŚCI PACJENTA – wypełnia pacjent
 dotyczy okresu 6-ciu miesięcy przed przyjęciem do Szpitala św. Łukasza wraz z oceną ryzyka wystąpienia zakażenia

		TAK	NIE	Punkty Tak 1/NIE 0
1.	Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? Kiedy.....			
2.	Czy jest Pan(i) zaszczepiony(a) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby? Kiedy.....			Nie podlega punktacji
3.	Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych szpitalach? Kiedy....., Gdzie.....			
4.	Czy miał(a) Pan(i)O przetaczaną krew? Kiedy....., Gdzie.....			
5.	Czy przechodził(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne? (biopsje, punkcje, akupunktura, szczepienia, operacje) Kiedy....., Gdzie.....			
6.	Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe? /np. jelita grubego, żołądka, oskrzeli/ Kiedy....., Gdzie.....			
7.	Czy korzystała Pan(i) z usług gabinetów ginekologicznych? (zabiegi ginekologiczne, położnictwo), stomatologicznych? (ekstrakcja zęba, plomba), okulistycznych? (usuwanie ciała obcego z oka itp.) Kiedy....., Gdzie.....			
8.	Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów kosmetycznych? Czy posiada Pan(i) tatuaż? Kiedy....., Gdzie wykonany			
9.	Czy choruje Pan(i) na chorobę nowotworową? Aktualna radioterapia, chemioterapia, sterydoterapia?			
10.	Czy choruje Pan(i) na chorobę metaboliczną- cukrzyca, dna, otyłość, niedożywienie?			
11.	Czy choruje Pan(i) na astmę, niewydolność oddechową, POChP (przewłękła obturacyjna choroba płuc)?			
12.	Zaburzenia odporności (np. częste infekcje)			
13.	Przebyta gruźlica			
14.	Nawrotowe procesy zapalne: zapalenie migdałków, zakażenie dróg moczowych, zatok, przydatków, czyraki, owrzodzenia			
15.	Urazy otwarte (z uszkodzeniem skóry)			
16.	Próchnica zębów			
17.	Zaburzenia krzepnięcia krwi			
18.	Przewłękła niewydolność nerek /dializoterapia/			
19.	Odleżyny; choroby skóry /np. łuszczyca/			
20.	Nałogi (alkohol, nikotynizm, środki odurzające)			
21.	Alergie;			
22.	Wiek powyżej 65 lat			

.....
 data i czytelny podpis pacjenta(ki)**

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ OŚWIADCZENIA PACJENTA

Prosimy o uważne przeczytanie formularza oraz zadawanie pytań w razie jakichkolwiek wątpliwości – naszym zadaniem jest udzielenie Państwu wszelkich niezbędnych wyjaśnień.

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem proponowanej metody diagnostycznej/sposobu leczenia (zabiegu), jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku badania/zabiegu diagnostycznego/leczenia, jak również konsekwencjami odmowy. W szczególności zapoznałem się z treścią przekazanego mi dokumentu „Szczegółowe informacje dotyczące zabiegu”.
2. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów.
3. W sposób przystępny została mi przedstawiona informacja o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, zabiegu lekarskim, znieczuleniu, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych do zastosowania alternatywnych metodach diagnostyki/leczenia, znieczulania, zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku badania/leczenia/zabiegu, jak też o skutkach nieudzielenia przeze mnie zgody.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji, w których konieczna stanie się modyfikacja zakresu badania/ leczenia, jak również o możliwości odwołania przeze mnie udzielonej uprzednio zgody na jakąkolwiek czynność związaną z diagnostyką/leczeniem.
6. Uzyskałem/am wyczerpujące, jasne i zrozumiałe odpowiedzi na wszystkie postawione pytania, zostały mi objaśnione wszelkie czynności mające związek z proponowanym zabiegiem/metodami diagnostyki/leczenia, zagrożeniami i powikłaniami, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku zabiegu/badania/leczenia. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.
7. Zostałem/am zapoznany/a z prawami pacjenta i zostałem/am poinformowany/a o możliwości nieograniczonego dostępu do Karty Praw Pacjenta.
8. Zostałem/am poinformowany/a i jestem w pełni świadomy/a co do tego, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu, jakiegokolwiek badania/zastosowania metody leczenia.
9. Oświadczam że, zostałem/am poinformowany/a i jestem w pełni świadomy/a sytuacji epidemiologicznej i ryzyka zakażenia chorobą Covid -19; w tym ryzyka transmisji choroby wśród osób bez objawów. Przyjąłem do wiadomości, że nawet szerokie stosowanie przez personel Szpitala środków ochrony osobistej nie daje pewności uniknięcia transmisji tego wirusa.
10. Poinformowany o skutkach przystąpienia do zabiegu operacyjnego bez przebytych szczepień przeciwko WZW (wirusowemu zapaleniu wątroby), wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie operacji i zrzekam się jakichkolwiek roszczeń pod adresem lekarza i Szpitala św. Łukasza.

11. Przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg lekarski, znieczulenie, podawanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych powikłań, zakażeń, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej.
12. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zajęcia konieczności leczenia krwią w przypadku wystąpienia nadmiernego krwawienia w trakcie przeprowadzanego zabiegu lub w okresie okołoperacyjnym oraz o możliwych zagrożeniach/powikłaniach z tym związanych.
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetoczenie krwi i/lub preparatów krwiopochodnych w tym przypadku.
13. Zostałem/am poinformowany/a o ewentualnej konieczności wykonania badania RTG śródoperacyjnie (*dotyczy jedynie niektórych zabiegów ortopedycznych, naczyniowych oraz neurochirurgicznych*) oraz o zagrożeniu, wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące. Pacjentki będące w ciąży, lub podejrzewające, że mogą być w ciąży są zobligowane do powiadomienia lekarza o swoim stanie przed wykonaniem zabiegu.***
Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonanie RTG śródoperacyjnie.
14. **Zgadzam się/nie zgadzam się*** na ewentualne zmodyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/leczenia (zabiegu) w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku badania diagnostycznego/procesu leczenia.
15. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na nagranie mojej operacji na nośnikach rejestrujących obraz i dźwięk i wykorzystanie tego zapisu do celów dokumentacji medycznej oraz dokumentacji naukowej.
16. **Udzielam zgody/nie udzielam zgody*** na informowanie o stanie mojego zdrowia w pełnym zakresie w moim imieniu osobie upoważnionej, tj. (imię, nazwisko, data urodzenia, adres oraz numer telefonu):

17. **Udzielam zgody/nie udzielam zgody*** do przekazywania dokumentów, dokumentacji medycznej i przedmiotów z depozytu szpitalnego w moim imieniu osobie upoważnionej, tj. (imię, nazwisko, data urodzenia, adres oraz numer telefonu):

18. **Zgadzam się/nie zgadzam się*** na przeniesienie mnie do właściwego oddziału szpitalnego/innego szpitala, jeżeli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.
19. Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe pacjenta są przetwarzane przez Administratora Danych Osobowych – Szpital Świętego Łukasza S.A. w Bielsku- Białej w celach zdrowotnych, na podstawie art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z wykonywaniem działalności leczniczej oraz zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
20. **Zgadzam się/nie zgadzam się*** na przedstawienie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia (dotyczy pacjenta) na opasce identyfikującej zakładanej pacjentowi podczas przyjęcia do Szpitala oraz podczas wykonywania zadań lekarskich i pielęgniarskich w trakcie pobytu na oddziale szpitalnym (np. na płynach infuzyjnych).
21. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na udział w badaniu ankietowym po przebytej hospitalizacji
 Imię.....Nazwisko.....

przeprowadzonym przez firmę zewnętrzną wykonującą ww działania w imieniu Szpitala św. Łukasza.

22. W przypadku występowania alergii pokarmowych lub preferencji żywieniowych (np. wegetarianizm) proszę poinformować personel Szpitala w chwili przyjęcia na Oddział Szpitalny.

Po zapoznaniu się z powyższym tekstem, zgodnie z art.32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2020. poz. 514 t.j. z późn. zm.) oraz art. 16-18 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020. poz. 849), w sposób w pełni świadomy

**WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY*
 NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

.....
 (dokładna nazwa zabiegu)

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta*/**

Poniżej wymieniam zabiegi, na które nie wyrażam zgody bez uprzedniego porozumienia:

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ prawnego opiekuna/kuratora/opiekuna faktycznego pacjenta*/**

Potwierdzam odbiór podpisanej przez ww pacjenta zgody na wykonanie zabiegu, jednocześnie stwierdzam brak przeciwwskazań/ przeciwwskazania * do wykonania ww zabiegu.

.....
wypisać przeciwwskazania do wykonania zabiegu, w przypadku ich stwierdzenia

.....
Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

*Niepotrzebne skreślić

**Podpis imieniem i nazwiskiem

***Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej:

§ 27.

1. U kobiet w wieku rozrodczym można wykonywać procedury z zakresu radiologii zabiegowej wyłącznie po uzyskaniu negatywnego testu ciążowego, przeprowadzonego u pacjentki bezpośrednio przed planowanym zabiegiem.
2. Od wykonania testu, o którym mowa w ust. 1, można odstąpić, jeżeli istnieją bezsporne okoliczności świadczące o niemożliwości zajścia pacjentki w ciążę.