



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Ηλικία:	Διεύθυνση:	Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής:	Συγγενής:	Βαθμός συγγένειας:
Επώνυμο:	Όνομα:	Τηλέφωνο:

Αιτία μη δήλωσης του ιδίου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

Ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Τρόπος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (διαγράψτε ότι δεν ισχύει)

- (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή

UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL OF IOANNINA

Clinic/ Department

Patient's Registration Number:

Ward:

Bed:

PATIENT'S STATEMENT OF CONSENT**PATIENT INFORMATION**

Surname:	Name:	Father's Name:
Age:	Address:	Telephone Number:

INFORMATION OF THE PERSON GIVING HIS/HER CONSENT

The patient him/herself:	Relative:	Degree of Relation:
Surname:	Name:	Telephone Number:
Reason for non-statement of the patient him/herself:		

STATEMENT OF CONSENT

The signatory person, maintaining legal consciousness and totally understanding the meaning and the content of all the explanations given concerning the necessity, purpose, nature, the way of conduct, the possible complications or the undesirable reactions of the diagnostic or healing actions, as recommended by the attending doctors:

Medical action:

I declare that I unconditionally give my consent to the attending doctor

Doctor's full name :

Doctor's full name :

1. To proceed and conduct the above- mentioned diagnostic or healing action, as well as to proceed to any intervention that will be considered necessary during this action.

2. To administer ~~if necessary any type of anesthesia or mild sedation.~~

3. To administer blood or blood products to me which are possible to be required according to the attending doctor.

4. To proceed to the required examinations with the removed tissues.

5. To photograph or videotape the operation for educational or research purposes. I also give my consent to the students or other doctors to attend the operation for educational purposes.

INFORMATION CONCERNING THE MEDICAL ACTION

Kind of medical action-necessity-purpose:

Way of conduct:

Possible complications:

~~Possible complications caused by anesthesia: (delete what is not true)~~

~~(a) Complications of respiratory and cardiovascular system, which could possibly result to death.~~

~~(b) Pharmaceutical reactions or reactions caused by blood administration.~~

~~(c) Complications of possible neurons' injuries or infections caused by regional anesthesia.~~

~~(d) The possibility of teeth injury, vocal cords injury or windpipe injury caused by the placement of the windpipe tube.~~

Date

Patient's signature

Spouse's signature or other

Relative's signature

UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL OF IOANNINA