

## Świadoma zgoda na operację

Przeszczep wątroby (4)

Data 30.08.2017	Imię i nazwisko Pacjenta [REDACTED]	Klinika B-VI-B Klinika Chirurgii i Transplantacyjnej Ogólnej i Wątroby
PESEL [REDACTED]		
Rozpoznanie <i>Ostra niewydolność nerek</i>		
Inne schorzenia współwystępujące, mające wpływ na podwyższenie ryzyka operacji		
Proponowana operacja <i>Przeszczepienie nerek pobranej ze złotok sp. klonowej z zastosowaniem urazowego kryżemik pozawstrzajowego żyłno-żyłowego</i>		
Ewentualne, trwałe skutki operacji, które nie są konsekwencją jej powikłań <i>Przewlekłe leczenie zapobiegające odrzuceniu nerek</i>		
<p>Oświadczam, że zostałem poinformowany przez dr <u>M. Kotulskiego</u> o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania oraz zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniach. Zostały mi także przedstawione informacje na temat założeń i celu operacji określonej powyżej, stopnia ryzyka oraz jej przebiegu, możliwych powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych, ewentualnych trwałych skutków operacji, które nie są konsekwencją powikłań oraz postępowaniu po operacji.</p> <p>Oświadczam, że miałem możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące mojego stanu zdrowia i planowanej operacji.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie przekazane informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe.</p> <p><input type="checkbox"/> Zgłaszam następujące uwagi .....</p> <p>Na podstawie powyższych informacji udzielam świadomej zgody na przeprowadzenie operacji określonej powyżej.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Wyrażam zgodę na zmianę zakresu operacji w trakcie jej wykonywania, wynikającą z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzonego śródoperacyjnie. Przyjmuję do wiadomości, że w celu ratowania mojego życia, w sytuacji wystąpienia wcześniej nie możliwych do przewidzenia okoliczności, lekarz może rozszerzyć zakres operacji.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Wyrażam zgodę na udział w trakcie operacji studentów Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w celach dydaktycznych.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tak/ <input type="checkbox"/> Nie</p>		
Czytelny podpis Pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego [REDACTED]	dr n. med. Marcin Kotulski specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii transplantacyjnej [REDACTED] Pleczętka i podpis lekarza	