

# ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ Γ (αναγράφω)	ΗΛΙΚΙΑ: 1953 ΦΥΛΟ: <u>ΑΝΔΡΑΣ</u> <u>ΓΥΝΑΙΚΑ</u> ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ: <u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ</u> ΘΑΛΑΜΟΣ: 4 ΚΛΙΝΗ: 4 <u>ΕΠΕΙΓΟΝ</u> ΤΑΚΤΙΚΟ
--------------------	---	---

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	<u>Ο ίδιος ο ασθενής</u> Συγγενής Βαθμός Συγγένειας Φίλος/Σύντροφος Επώνυμο Όνομα Τηλέφωνο	Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή :
---------------------------------------	--	--

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

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

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού Νοσηλευτικού Τμήματος/Μονάδας:

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, χωρίς να αναγνωρίζονται τα χαρακτηριστικά μου.

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αναγκαιότητα – σκοπός (επιλέξτε πέραν της μια επιλογής, εφόσον απαιτείται):

ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΑΛΛΟ Διαγνωστική

Τρόπος διενέργειας : Καθετηριασμός Λήψη βιολογικού δείγματος Ακτινογραφικός έλεγχος Αξονική Τομογραφία Μαγνητική Τομογραφία Άλλο (περιγράψτε)

Πιθανές επιπλοκές Αιμορραγία

ΛΕΥΚΟ: ΤΜΗΜΑ ΡΟΖ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Ημερομηνία : 07/03/2017

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση

ΟΠΣΗ

ΥΣΗΣ-  
19