

PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT PLAN

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

PATVIRTINTA
VšĮ VUĮ Santariškių klinikų generalinio
direktoriaus 2017-02-20 įsakymu Nr. V-113
P 103 „Medicinos dokumentų pildymas“
2 priedas

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS, TEIKIANT STACIONARINES PASLAUGAS

1. Pacientas _____

2. Jei pacientas nepilnametis ar pripažintas neveiksmiu - paciento atstovas pagal įstatymą (tėvas (motina), įtėvis, globėjas, rūpintojas); jei pacientas negali pareikšti savo valios dėl sveikatos būklės - paciento atstovas

(sutuoktinis, tėvas, vaikas) _____

(vardas, pavardė, adresas, telefonas, dokumento pavadinimas, Nr.,

atstovo gimimystės ar kitas ryšys su pacientu)

3. Paciento atstovas pagal pavedimą _____

(vardas, pavardė, adresas, telefonas)

Atstovui pavedu spręsti visus klausimus, susijusius su mano gydymu Santariškių klinikose bei už mane pasirašyti medicinos dokumentuose, kai reikalingas paciento rašytinis sutikimas.

(paciento parašas)

4. Su Vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinau: _____

(paciento atstovo parašas)

5. Man bus pateikiama visa informacija apie mano sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininių tyrimų duomenis, gydymo metodikas ir gydymo prognozę.

Sutinku: _____

(paciento parašas)

Prieštarauju: _____

(paciento parašas)

6. Informacija apie mano (paciento) buvimą sveikatos priežiūros įstaigoje, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą gali būti teikiama: _____

(paciento (atstovo) vardas (i), pavardė (s), telefonas (i))

(paciento (atstovo) parašas, data)

2018 09 06

7. Man paaiškintos tyrimo bei gydymo metodikų ypatybės bei galimos alternatyvos. Su pateiktu tyrimo ir gydymo planu sutinku: _____

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

2018 09 06

8. Esu informuotas, kad mano (paciento) buvimas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose nėra mediciniškai pagrįstas, todėl esu (yra): _____

8.1. Išrašomas iš ligoninės _____

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

2018 09 11

8.2. Siunčiamas į kitą sveikatos priežiūros įstaigą _____

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

8.3. Informuotas dėl tolesnio gydymo bei elgsenos _____

(paciento (atstovo) parašas, data, laikas)

2018 09 11

(informuojant pacientui suteikiamas asmens spaudas, parašas, data, laikas)

Šis Medicininio audito skyriaus vedėjo žinios šis dokumentas arba jo dalys negali būti dauginamos arba platintos trečiajam šaliui, išskyrus teisę atlikti mokslinius tyrimus.

**PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR INTERVENTIONAL (INVASIVE)
PROCEDURE OR SURGERY – Salivary gland biopsy**

PATVIRTINTA
VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio
direktoriaus 2017-02-20 įsakymu Nr. V-113
P. 103 „Medicinos dokumentų pildymas“
3 priedas

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

**INFORMUOTO PACIENTO SUTIKIMAS INTERVENCINEI (INVAZINEI)
PROCEDŪRAI ARBA CHIRURGINEI OPERACIJAI**

VUL SK centro pavadinimas... *Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centras*
Padalinio (skyriaus, poskyrio) pavadinimas... *Gastroenterologijos ir hepatologijos sk.*

Paciento vardas, pavardė, amžius... *[redacted]*

Medicinos dokumento Nr. (LIN)... *[redacted]*

Gydytojo, kuris atliks intervencinę (invazinę) procedūrą/chirurginę operaciją

Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija... *gyd. gastroenterologas y. kabinėlinas*

Procedūros/operacijos pavadinimas: *SEILIŲ GLANDŲ BIOPSIJA*

Papildomos procedūros, kurios gali būti taikomos pagrindinės procedūros/operacijos metu:

- ☐ Kraujo ir jo produktų perpylimas
- ☐ Radiologinės procedūros
- ☒ Kitos procedūros (išvardinti): *ultragarsu kontroliuojama*
Procedūra/operacija bus atlikta taikant
- ☐ Bendrą/regioninę anesteziją
- ☒ Vietinę anesteziją
- ☐ Sedaciją (raminantys medikamentai)
- ☐ Kita (įrašyti)

Papildoma informacija:

☐ Aš siūliau suteikti informaciją apie procedūrą/operaciją, tačiau pacientas/-ė (arba jo atstovas/-ė) nuo informacijos atsisakė

☒ Aš išaiškinau gydymo procedūros/operacijos eigą, jos naudą ir galimas komplikacijas. Taip pat išaiškinau galimų alternatyvių gydymo metodų naudą ir riziką (tame tarpe ligos eigą netaikant jokio gydymo).

☐ Aš papildomai aptariau chirurginės operacijos/intervencinės (invazinės) procedūros keitimo leistinumo ribas, kurios yra

Informaciją suteikęs gydytojas parašas:

Vardas, pavardė:

Pareigos:

Data:

2017 05 07

[redacted] Gyd. Sandra Strainienė

Gerbiamas paciente, prašome įdėmiai perskaityti šią formą. Jei pageidausite, Jūs gausite šios formos kopiją. Prašome klausti, jeigu Jums kyla neaiškumų. Jūs turite teisę pakeisti savo nuomonę bet kada prieš šią procedūrą/operaciją, taip pat po to, kai Jūs pasirašysite šią formą.

Prašome pažymėti kiekvieną langelį, jei Jūs supratote ir sutinkate su žemiau išvardintais teiginiais.

☒ **Aš gavau ir perskaičiau informacinį lapelį, kuriame aprašyta intervencinė (invazinė) procedūra/chirurginė operacija, jos alternatyvos, nurodytos galimos komplikacijos, jų dažnis ir kitos svarbios apsisprendimui aplinkybės.**

☒ **Aš sutinku su procedūra/operacija (gydymo eiga), minima šioje formoje.**

☐ **Aš atsisakau procedūros/operacijos, minimos šioje formoje.**

☒ **Aš suprantu, kad procedūros, nepamintos šioje formoje, bus atliekamos tik gelbstint mano gyvybę arba siekiant išvengti rimtos žalos mano sveikatai.**

☒ **Man buvo suteikta informacija apie papildomas procedūras, kurios gali būti atliekamos gydymo eigoje. Žemiau aš išvardinau visas procedūras, kurios negali būti atliekamos neaptarus su manimi.**

.....
.....
.....

Paciento parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas: 2018 09 07

Paciento atstovo (jei pacientas neveiksningas) parašas, vardas, pavardė: (nurodyti atstovavimo pagrindą)

Data, laikas:

Jeigu veiksnus pacientas arba jo atstovas dėl fizinių trūkumų, ligos ar kitokių priežasčių negali pats pasirašyti sutikimo formos, tačiau sutinka procedūrai/operacijai, ne mažiau kaip dviejų liudytojų akivaizdoje kitas veiksnus fizinis asmuo turi pasirašyti žemiau:

Kito asmens parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas:

Liudininko parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas:

Liudininko parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas: