

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. kalbintis*

Procedūros/operacijos pavadinimas: *SEILIŲ LIANŲ BIOPSIJA*

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

- Kraujo ir jo produktų perpylimas
- Radiologinės procedūros
- Kitos procedūros (išvardinti): *ultragavono kaudavimas*
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 suteikusių gydytojų parašas:

Vardas, pavardė: *Gyd. Sandra Strainienė*

Pareigos: *v. p. gyd. gy.*

Data: *2018 05 07*

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 neveiksnius) parašas, vardas, pavardė: (nurodyti atstovavimo pagrindą)

Data, laikas:

Jeigu veiksnius 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 veiksnius fizinis asmuo turi pasirašyti žemiau:

Kito asmens parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas:

Liudininko parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas:

Liudininko parašas, vardas, pavardė:

Data, laikas: