

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO**

Pacjent: **OSTROWSKI LESZEK (M)** PESEL: **59062811798**
Data urodzenia: **1959-06-28** Wiek: **61 lat**
Adres zamieszkania: **03-647 Warszawa - Targówek, Knyszyńska 1**

**1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (istnieje u Pani podejrzenie)

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy leczenie operacyjne polegające na

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji. Celem proponowanej operacji jest

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z proponowaną operacją mogą między innymi polegać na:

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

Prognostyczny rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie



INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA OPERACYJNEGO

informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią Dr.

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znam i akceptuję ryzyko powikłań związanych z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)

zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego

.....
(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

data

.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na p..... operacyjny. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu



WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
Saszerów 128, 04-141 Warszawa, tel. 261-817-686
REGON: 015294487, NIP: 1132393221, nr Ks. Rejestrowej: 000000019182
Nr kontraktu: 70060856
Kody resortowe: cz. V: 01, cz. VI: 1, cz. VII: 031, cz. VIII: 4550
Oddział Kliniczny Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń

Warszawa, 2020-07-02

INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY

LUB TERAPEUTYCZNY STWARZAJĄCY PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA
KORONOGRAMIA

Pacjent: **OSTROWSKI LESZEK (M)**
Data urodzenia: **1959-06-28** Wiek: **61 lat** PESEL: **59062811798**
Adres zamieszkania: **03-647 Warszawa - Targówek, Knyszyńska 1**



1184332

Po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanej operacji i uprzedzony/a o możliwych powikłaniach śród- i pooperacyjnych, wyrażam zgodę na proponowany zabieg operacyjny mojej osoby w dniu [REDACTED] polegający na niżej wymienionych procedurach: [REDACTED]

który będzie wykonany osobiście przez dr. [REDACTED] z zespołem, który uzna za odpowiedni do tego.

W trakcie rozmowy zadałam/em wszystkie interesujące mnie pytania dotyczące rodzaju zabiegu operacyjnego, jego zalet i wad, możliwych powikłań oraz przebiegu okresu pooperacyjnego, a także innych, możliwych metod. Otrzymałam wyjaśnienia zrozumiałam/em. Zostałam/em poinformowana/y, że procedura chirurgii estetycznej jaka ma być dokonana na mojej osobie odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej i deontologii lekarskiej. Wyjaśnienia zrozumiałam/em i innych pytań nie mam. Wiem, że chirurgia plastyczna, jak i medycyna nie jest wiedzą ścisłą, nie gwarantujemy istnienia zerowego ryzyka, jak i tego, że wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny, ani gwarantowany. Wiem, że nikt nie jest mi w stanie dać pewności, że powikłania czy nawet pogorszenie stanu zdrowia nie nastąpi. Świadomy, że może być potrzebna dodatkowa operacja po pierwszym zabiegu. Wiem, że po zabiegu pozostaną trwałe, widoczne blizny. Moja zgoda jest dobrowolna, podjęta bez namowy i bez nacisku kogokolwiek. Miałam/em możliwość wcześniejszego zapoznania się z formularzami zgód i zrozumiałam ich treść, która nie jest dla mnie zbyt trudna i jest podana przystępnie.

Oświadczam, że nie zataiłam/em przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg leczenia i jego wynik. Wyrażam/nie wyrażam zgody na przetoczenie krwi, o ile byłaby taka konieczność.

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów dokumentacyjnych i naukowych, a także na ich publikację w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

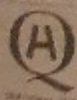
Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne dr. [REDACTED] i systematycznie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne i opatrunki w miejscach i o czasie przez niego wskazanych. Oświadczam, że w procesie pooperacyjnym nie będę bez wiedzy operatora poddawać się żadnym zabiegom fizjoterapeutycznym, ani bez jego wiedzy stosować w miejscach operowanych żadnych maści, kremów, zawieszin, żeli i płynów.

Wiem, że po czynnościach chirurgicznych zostaną trwałe ślady w postaci blizn. Mogą powstać również widoczne, trwałe przebarwienia lub odbarwienia skóry w okolicach operowanych lub w sąsiedztwie.

Wyrażam zgodę na odpowiedni sposób znieczulenia, będąc poinformowana/y o następstwach, skutkach i ewentualnych przeciwwskazaniach. Wyrażam zgodę na znieczulenie wykonane przez [REDACTED]

Wyrażam zgodę na wyrażenie dodatkowy formularz anesteziologiczny.

Nie jestem alergikiem, nie przeszedłem/łam na zawodu serca, udaru mózgu, nie mam nadciśnienia, cukrzycy, choroby wieńcowej, chorób tarczycy i nie lecę się psychiatrycznie. Leczę się z powodu [REDACTED]



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY - KORONOGRAMIA

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest dobry, nie przyjmuję żadnych leków.

Przyjmuję.....

Zgłaszam następujące ograniczenia dotyczące postępowania medycznego

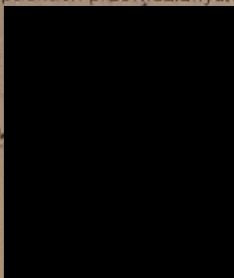
Zgłaszam specjalne życzenia:.....

Oświadczam, że w momencie podpisania nie jestem pod wpływem nacisków ani żadnych leków lub używek.

Przed operacją uzyskałam informację jakich leków nie wolno mi przyjmować i czego nie mogę robić przed zabiegiem: nie pić alkoholu, przyjmować aspiryny i leków zmniejszających krzepliwość, używać narkotyków.

Oświadczam, że po zabiegu nie wyjadę na wczasy/wypoczynek za granicę i w Polsce bez konsultacji z operującym lekarzem przez 3-6 tygodni.

.....
podpis prawnego opiekuna
(w przypadkach przewidzianych ustawą)



.....
przeprow...

.....
k
Ogólnej
jaśniająca
5 8

.....
podpis pacjenta /data



.....
podpis świadka /data

.....
T
.....
sp
wy
oc
Podp
.....
Podp
.....
ustę
.....
ope
.....
prez



WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
Sasze 128, 04-141 Warszawa, tel. 261-817-866
REGON 015294487, NIP: 1132393221, nr Ks. Rejestrowej: 000090019182
Nr kontraktu: 70060859
Kody resortowe: cz. V, 01, cz. VI, 1, cz. VII: 033, cz. VIII: 4840
Klinika Urologii Ogólnej, Czynnościowej i Onkologicznej

Świadoma zgoda na wykonanie procedury medycznej

Nr historii choroby: 1215/2020/0

Nazwisko i imię pacjenta:

OSTROWSKI LESZEK (M)

Data urodzenia:

1959-06-28

Wiek: 60 lat

Adres zamieszkania:

03-647 Warszawa - Targówek, Knyszynska 1



1184332

PESEL/ID_PAC: 59062811798

<style isBold=true>Rozpoznanie</style>

Zgorzel tkanki miękkich okolicy kroczka, męszczy, prącia, pośladków, okolicy okołoodbytniczej.

<style isUnderline=true>Proponowana metoda leczenia</style>

Usunięcie mętwiczo zmienionych tkanek kroczka, męszczy, prącia, okolicy pośladków, okolicy okołoodbytniczej.

prawdopodobnie usunięcie jądra prawego, wyłonienie stromy jelitowej, wytworzenie przetoki pęcherzowo skórnej (cystostomia). Założenie wkłucia centralnego.

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem/-łam pacjentowi plan opieki oraz planowaną procedurę medyczną (metodę diagnostyczną / sposób leczenia), poinformowałem/-łam o celu, możliwych do zastosowania alternatywnych metodach diagnostyki / leczenia, zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie lub w wyniku badania / leczenia, jak też o skutkach nie udzielenia zgody przez pacjenta. Pacjent uzyskał również informację o zdarzających się sytuacjach, w których konieczne jest zmodyfikowanie zakresu badania / leczenia, jak też o możliwości wycofania zgody.

lek. Paweł Jędrzejczyk
(Podpis i pieczęć lekarska)



AMMS 5.56.3

Data utworzenia: 2020-06-07 15:27, utworzył: Paweł Jędrzejczyk

Pacjent: OSTROWSKI LESZEK (M)

Data ul.: 1959-06-28, PESEL: 59062811798

Księga Główna: 2020/337150

Strona 1 z 2



ID_OPI: 1501511

5.56.3

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że:

1. Przyjąłem do wiadomości wyjaśnienia lekarza:

lek. Paweł Jędrzejczyk (NPWZ: 2983697 - Lekarz)
imię i nazwisko lekarza

dotyczące procedury medycznej, jej celów i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku procedury medycznej jak też konsekwencjami odmowy – braku mojej zgody na wykonanie procedury medycznej (badanie/leczenie) i WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na proponowaną procedurę medyczną.

2. Zapoznałem/łam się z możliwościami zastosowania alternatywnych metod diagnostyki/leczenia;

3. WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na proponowane znieczulenie**;

4. ZGADZAM SIĘ / NIE ZGADZAM SIĘ* na ewentualne zmodyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej / sposobu leczenia w niezbędnym zakresie - zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku badania diagnostycznego / procesu leczenia;

5. Stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej procedury medycznej;

6. Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie proponowanej procedury medycznej.

Paweł Jędrzejczyk

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić

** dla zabiegu wykonywanego bez znieczulenia skreślić pkt. 3



AMMS 5.66.3

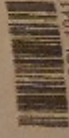
data utworzenia 2020-06-07 15:27 utworzył Paweł Jędrzejczyk

Pacjent OSTROWSKI LESZEK (M)

Data ur 1950-06-28 PESEL 690628117

Kolejka Główna 2020/33715/0

Strona 2 z 2



ID_OPI 1941814