

Świadoma zgoda na operację

PATIENT ID and NAME COVERED FOR ANONIMITY

Rozpoznanie Guz trzonkowaty dróg żółtych
z przerzutami. Ciężka choroba

Inne schorzenia współwystępujące, mające wpływ na podwyższenie ryzyka operacji
nie stwierdzono

Proponowana operacja Hemihepatektomia lewarowa
z wysekcją dróg żółtych z przerzutami
i zesplenem żółto-żółtym (P) przewidywany

Ewentualne, trwałe skutki operacji, które nie są konsekwencją jej powikłań

Oświadczam, że zostałem poinformowany przez dr [REDACTED]
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.

Oświadczam, że miałem możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące mojego stanu zdrowia
i planowanej operacji.

☒ Wszystkie przekazane informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe.

☐ Zgłaszam następujące uwagi [REDACTED]

Na podstawie powyższych informacji udzielam świadomej zgody na przeprowadzenie operacji określonej
powyżej.

☒ Tak/ ☐ Nie

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.

☒ Tak/ ☐ Nie

Wyrażam zgodę na udział w trakcie operacji studentów Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w celach
dydaktycznych.

☒ Tak/ ☐ Nie

Czytelny podpis Pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego/
opiekuna faktycznego

19/01/2019
Prof. dr hab. n. med. Maciej Wójcicki
specjalista chirurgii ogólnej
i transplantologii klinicznej
Piecątka i podpis lekarza