

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и автоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата й с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинало лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пенициламин (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цирроза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спряен с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. стеатоза на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Застрашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

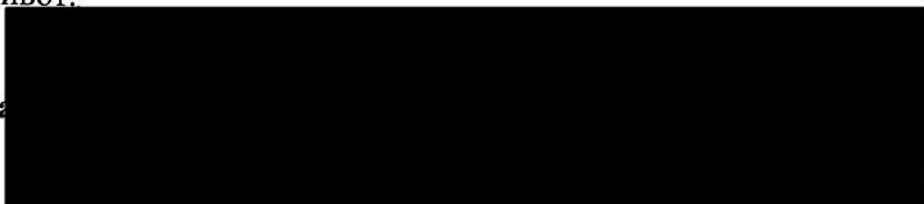
Необходимо ли е спазване на специална “чернодробна диета”?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дребелии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

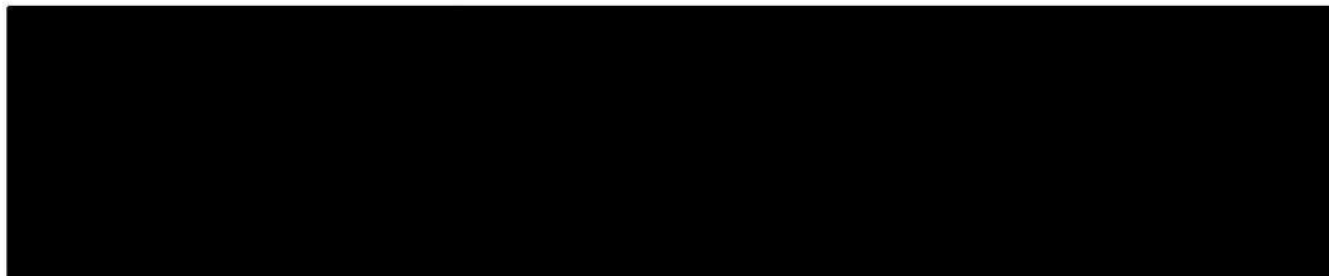
Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цирроза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

Трите имена на пациента



...
...

**ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА ИНФОРМИРАНост И СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ПО ОТНОШЕНИЕ
ИЗТОЧНИКА НА ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО
НА НЕГОВОТО ЗАБОЛЯВАНЕ**



ДЕКЛАРИРАМ, че :

Д-р в качеството си на представител на ЛЗБП
.....ми разясни реда на заплащане
на диагностиката и болничното лечение на моето заболяване по клинична пътека
№ 76. ИЗ № 4196.....

1. Информиран съм, че заболяването ми е включено в клинична пътека.
Разходите за диагностиката и болничното ми лечение се заплащат изцяло от НЗОК,
с изключение на скъпоструващи консумативи, посочени в алгоритъма на
клиничната пътека, които НЗОК не заплаща.

2. По време на престоя ми в лечебното заведение за болнична помощ
съм заплатил /ла сума в размер на лв., която включва:

- а) потребителска такса за  лв.
- б) скъпоструващи консумативи  лв.
- в) други лв.

3. Отказвам предложения ми екип с ръководител д-р.....

4. Доброволно избрах екип с ръководител д-р.....
за което съм заплатил/а сума в размер налв.

Получих документ за всички извършени плащания

☐ да

☐ не

5. Предложено ми е да бъда хоспитализиран/а на.....

Дата на изписване: ДЕКЛАРАЦИЯ (с)

За ЛЗБП д-р УИН на лек.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

За информирано съгласие

към Карта за регистрация и заплащане на стационарно лечение №...

ДЕКЛАРИРАМ :

1. Съгласието си да бъда лекуван/а в УБ "Лозенец" като задължително здравноосигурено лице съгласно Закона за здравното осигуряване / ЗЗО /.
2. Запознат/а съм с рисковете от провеждане на лечението и възможните резултати от него.
3. Запознат/а съм с условията и реда за оказване на медицинска помощ в УБ „Лозенец“.
4. Редовно съм внасял/а и продължавам да внасям задължителните здравноосигурителни вноски съгласно ЗЗО.
5. Информиран/а съм, че за всеки проведен ден болнично лечение трябва да заплатя сума в размер на 5.80 /пет и 0.80/ лева, но за не повече от 10 дни годишно, освен ако не попадам в списъка на лицата, освободени от заплащане на тази сума съгласно чл.37, ал.3 от ЗЗО.
6. В случай, че се установи, че съм с прекъснати здравноосигурителни права, поради невнасяне на задължителните здравноосигурителни вноски, се задължавам да заплатя стойността на оказаното ми лечение, по ценоразписа УБ „Лозенец“, в деня на изписването ми от лечебното заведение.
7. За неверни данни нося отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс

Подпис на пациент:

..... вител/

..... Подпис.....

..... /име и фамилия на лекаря/

Дата

Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е Ц



L O Z E N E T Z
H o s p i t a l

hq@uni-hospital.government.bg

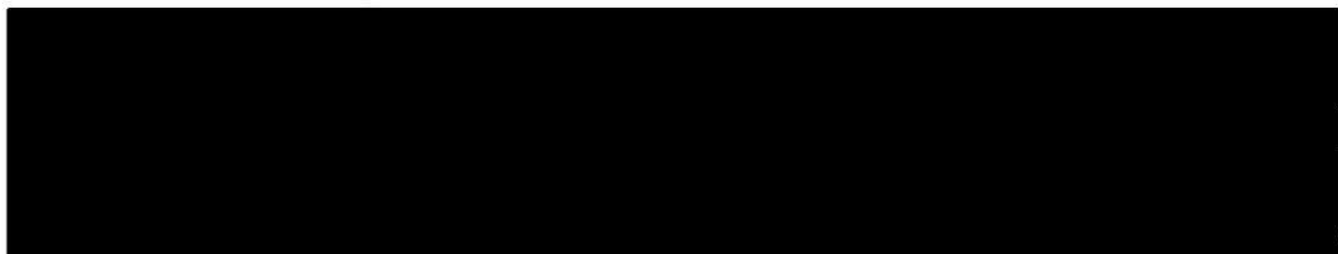
1407 София, ул. "Козяк" №1

тел.: (02) 9607-607 факс.: (02) 962-4771

Директор проф. д-р Любомир Спасов, дм

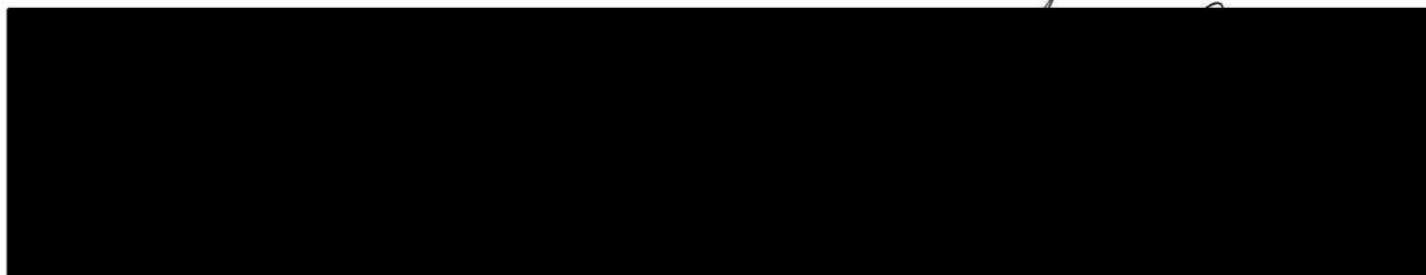
ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ЗА ЛЕЧЕНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“
В ПРИСЪСТВИЕТО НА СТУДЕНТИ



Декларирам:

1. Запознат съм, че Университетска болница "Лозенец" е клинична база към Медицинския факултет при СУ „Климент Охридски“ и в нея се провежда практическа работа със студенти.
2. Университетска болница "Лозенец" може да използва и обобщава медицинската документация от провежданото ми лечение за научни цели, при спазване на Закона за защита на личните данни.



Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №2

ЛИСТ ЗА ПРЕДОПЕРАТИВНА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕЦЕНКА

Име.....
год.....ръст.....тегло.....Кр.група.....ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

И.З.№.....

Клиника/

отделение.....Стая.....

Лекуващ лекар (оператор).....

Диагноза.....

I. Въпросник за пациента:

Опериран(а) ли сте досега?		Вид упойка	
Кога	Къде	Операция	
ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА		ДА	НЕ
1. Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?			X
2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?		X	
3. Имате ли придружаващи заболявания?		X	
4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства: (като се посочват по възможност точно)			X
5. Прием на лекарства в момента - какви?		X	
6. Прием на лекарства в миналото - какви?		X	
7. Привикнали ли сте към:			
Алкохол			X
Тютюнопушене			X
Наркотици			X
8. Страдате ли от заболявания на ЦНС?			
Прекара ли сте инсулт?			X
Имате ли парези?			X
Имали ли сте травми на главата?			X
9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?			
Имате ли миастения гравис?			X
Имали ли сте гърчове и с какво сте се лекувал?			X
10. Боледувате ли от психични заболявания?			X
11. Имате ли заболявания на дихателната система?			
Повишена температура през последните две седмици		X	
Хрема, болки в гърлото, кашлица			X
Имате ли задух?		X	
Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа			X
Имате ли бронхиална астма			X
Имате ли бронхит или пневмония		X	
Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?		X	
12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?			
Високо артериално налягане и с какво го лекувате?			X
Прекарвали ли сте инфаркт и кога?			X
Имате ли ритъмни нарушения и с какво ги лекувате?			X
Имате ли сърдечен стимулатор (пейсмеикър)?			X

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА	ДА	НЕ
Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?		X
13. Имате ли заболяване на черния дроб?		
Пожълтявали ли сте някога?	X	
Прекарвали ли сте вирусен хепатит?	X	
Имате ли цироза?	X	
14. Имате ли бъбречно заболяване?		X
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?	X	
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		X
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване ?	X	
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		X
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		X
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		X
21. Боледувате ли от СПИН?		X
22. Боледувате ли от язва?		X
23. Кървите ли продължително при нараняване?	X	
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?	X	
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъби?		X
26. Имате ли рязка промяна в телесното тегло?	X	
27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?		X
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		X
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		X

Анестезиологичен риск - ASA клас:(в точки)

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най – лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невяляещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа със или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).

Доклад от клиничен преглед и подготовка за анестезия:



Анестезиолог

(подпис)

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия, като ми бяха обяснени всички рискове на анестезията:

Име.....

Подпис

Забележка: Този лист се попълва съгласно медицински стандарт "Анестезия и Интензивно лечение" регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването №РД 09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното заведение.

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ****ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ / ФГДС / E P X 17
С ДИАГНОСТИЧНА ЦЕЛ****1. ОПИСАНИЕ НА ПРОЦЕДУРАТА:**

Това е изследване с гъвкав уред – гастродуоденоскоп, който се въвежда в храносмилателния тракт през устата, като проникването става по естествения път на храната. Последователно се оглеждат хранопровода, стомаха, началната част на тънкото черво.

Манипулацията може да се осъществи с или без анестезия.

При необходимост, по време на манипулацията може да се вземе малко парченце тъкан / биопсия / от лигавицата на изследвания участък, което не е свързано с неприятни усещания от страна на пациента.

2. ПОКАЗАНИЯ ЗА ФГДС:

- Възпалителни заболявания на горния отдел на стомашно – чревния тракт /хранопровод, стомах, дванадесетопръстник/.
- Функционални смущения на стомашно – чревния тракт.
- Неопластични заболявания на стомашно – чревния тракт.

3. ВЪЗМОЖНИ РИСКОВЕ И УСЛОЖНЕНИЯ:

Обичайно манипулацията се понася добре от пациента и е безопасна.

Неприятните усещания при въвеждане на гастродуоденоскопа в устната кухина са свързани с естествени рефлексии. Много рядко могат да настъпят:

- Болка, сърцебиене, прилошаване.
- Алергична реакция при използване на анестетици – локални или общи.
- Описани са единични случаи в световната практика на перфорация на оглежданите органи.

Ако в резултат на извършваното изследване настъпят усложнения, ще Ви бъде осигурено адекватно лечение до пълно възстановяване.

4. АЛТЕРНАТИВНИ МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Алтернатива на ФГДС е рентгеноконтрастното изследване на стомашно-чревния тракт с бариева суспензия.

5. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ФГДС може да бъде преустановена във всеки момент от извършването при състояния, застрашаващи здравето на пациента, а също така и при нежелание за продължаване от страна на пациента.

СЪГЛАСИЕ ЗА МЕДИЦИНСКА ПРОЦЕДУРА

ТРИТЕ ИМЕНА НА ПАЦИЕНТА:

ДАТА НА РАЖДАНЕ:.....ЕГН:.....

АДРЕС:.....

1. С настоящето съгласие упълномощавам лекуващите ме лекари да извършат следната медицинска процедура:
.....
2. В случаи на необходимост от извършването на други медицински процедури в хода на лечението ми, упълномощавам лекуващите ме лекари по тяхна преценка да извършат подходящата процедура в интерес на моето здраве, освен в следните случаи:
.....
3. Съгласен съм да се прилагат анестетиците, които са необходими или препоръчани от анестезиолога с изключение на:
.....
4. Същността на заболяването, целта на процедурата, възможните алтернативни методи на лечение, резултатите и възможните рискове и усложнения са ми обяснени от лекаря. На моите въпроси относно възможните изходи се отговори задоволително.
5. Аз съзнавам, че медицината не е точна наука и потвърждавам, че няма гаранции относно резултатите от медицинската процедура.
6. Всички отстранени тъкани могат да бъдат на разположение на болницата за изследване, съгласно обичайната практика, включително и за научни проучвания, освен в следните случаи:
.....
.....

ПОДПИС НА ПАЦИЕНТА

Декларирам, че персонално съм обяснил на пациента естеството на заболяването, медицинските процедури, които ще се извършат, включително и рисковете и алтернативните методи на лечение.

ДАТА:.....

ПОДПИС НА ЛЕКАРЯ:.....

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Министерски съвет

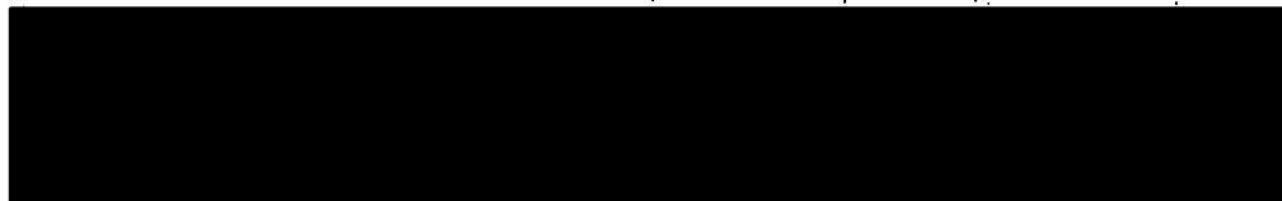
Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е Ц



L O Z E N E C

1407 София, ул. "Козияк" №1, тел.: (02) 9607-607, факс.: (02) 962-4771, hq@uni-hospital.government.bg, www.uni-hospital.government.bg

Директор Проф. Д-р Любомир Спасов, д. м.



- | | |
|--|--|
| ☐ вродена малформация | ☐ тъканен дефект |
| ☐ възпалително | ☐ следтравматично |
| ☐ дегенеративно | ☐ спешно животозастрашаващо |
| ☐ доброкачествено | ☐ малигнено |

заболяване, което се лекува по хирургичен път.

Целта на оперативната интервенция ще бъде.....

а очакваните резултати.....

Операцията за опериращия екип е: ☐ рутинна ☐ сравнително рядка ☐ уникална
и ще се извърши в: ☐ планов порядък ☐ спешен порядък

Освен преимуществено по оперативен начин, заболяването може да се лекува:

- | | |
|---|--|
| ☐ медикаментозно | ☐ чрез лъчетерапия |
| ☐ чрез химиотерапия | ☐ чрез физиолечение |
| ☐ чрез балнеолечение | ☐ мануална терапия |
| ☐ нетрадиционна медицина | ☐ по друг начин |

Планира се да ми бъде направена.....

операция, която е: ☐ с особено голяма сложност ☐ сложна ☐ не особено сложна

хирургична интервенция, като в зависимост от обстоятелствата, възникнали по време на операцията, може да се наложат промени.

Евентуалните рискове от нея най-често са:

- | | |
|---|---|
| ☐ инфекциозни усложнения | ☐ сърдечно-съдови усложнения |
| ☐ белодробни усложнения | ☐ бъбречни усложнения |
| ☐ хирургични усложнения | ☐ смъртен изход |

Резултатите от операцията не могат да бъдат абсолютно гарантирани. Усложнения могат да възникнат, както по време на оперативната намеса, така и часове, дни, седмици или месеци след нея и може да изискват допълнително лечение.

Лекарите дадоха уверение, че операцията ще бъде извършена съгласно най-добрите хирургични стандарти за страната и че резултатите от изследванията, оперативната интервенция и лечението ще бъдат запазени в тайна, съгласно правилата на добрата клинична практика, освен ако не представляват опасност за околните и обществото.

След като получих тези обяснения и се запознах с документ „Информация за пациента(родителя,настойника,попечителя) от клиничната пътека, имах възможност да задам други интересувачи въпроси и получих удовлетворяващ ме отговор на тях.

Б о л и ц а
Л О З Е Н Е Ц

ho@uni-hospital.government.bg



LOZENETS
H o s p i t a l

1407 София, ул. "Козяк" No 1 тел.: (02) 9607-607 факс.: (02) 962-4771

Директор Проф. д-р Любомир Спасов

Обясниха, че страдам от:

- | | |
|--|--|
| ☐ вродена малформация | ☐ тъканен дефект |
| ☐ възпалително | ☐ следтравматично |
| ☐ дегенеративно | ☐ спешно животозастрашаващо |
| ☐ доброкачествено | ☐ малигнено |

Заболяване, което се лекува по хирургичен път.

Целта на оперативната интервенция ще бъде

а очакваните резултати

Операцията за опериращия екип е:

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ рутинна | ☐ сравнително рядка | ☐ уникална |
| ☐ планов | ☐ спешен порядък | |

и ще се извърши в:

Освен преимуществено по оперативен начин заболяването може да се лекува:

- | | |
|---|--|
| ☐ медикаментозно | ☐ чрез лъчетерапия |
| ☐ чрез химиотерапия | ☐ чрез физиолечение |
| ☐ чрез балнеолечение | ☐ мануална терапия |
| ☐ нетрадиционна медицина | ☐ по друг начин |

Планира се да ми бъде направена лапароскопска хирургична операция, която е:

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| ☐ с особено голяма сложност | ☐ сложна | ☐ не особено сложна хирургична |
|--|---------------------------------|---|

В зависимост от обстоятелствата, възникнали по време на операцията, може да се наложат промени. Поради технически затруднения или по медицински индикации лапароскопската операция може да премине в конвенционална хирургична операция с отваряне (разрез) на коремната кухина!

Евентуалните рискове от нея най-често са:

- | | |
|---|---|
| ☐ инфекциозни усложнения | ☐ сърдечно-съдови усложнения |
| ☐ белодробни усложнения | ☐ бъбречни усложнения |
| ☐ хирургични усложнения | ☐ смъртен изход |

Резултатите от операцията не могат да бъдат абсолютно гарантирани. Усложнения могат да възникнат, както по време на оперативната намеса, така и часове, дни, седмици или месеци след нея и може да изискват допълнително лечение.

Лекарите дадоха уверение, че операцията ще бъде извършена съгласно най-добрите хирургични стандарти за страната и че резултатите от изследванията, оперативната интервенция и лечението ще бъдат запазени в тайна, съгласно правилата на добрата клинична практика, освен ако не представляват опасност за околните и обществото.

След като получих тези обяснения и се запознах с документ „Информация за пациента (родителя/настойника/понечителя)“ от клиничната пътека, имах възможност да задам други интересувани ме въпроси и получих отговори на тях.

ЗВАМ

ДА БЪДА ОПЕРИРАН

Лекуващ лекар:

Началник клиника:

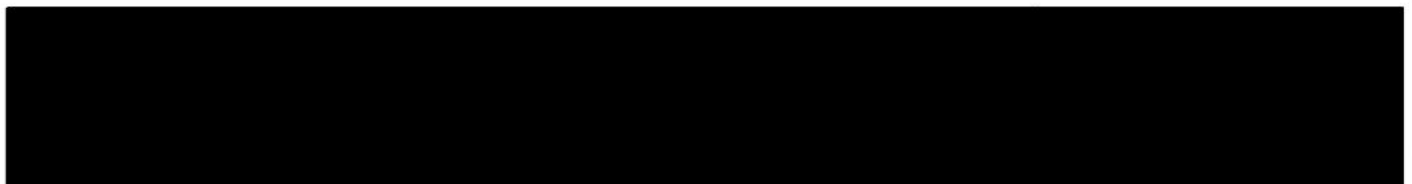
ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ В
УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ” В ПРИСЪСТВИЕТО
НА СТУДЕНТИ



Декларирам:

1. Запознат съм, че Университетска болница „Лозенец” е клинична база към медицинският факултет при СУ „Климент Охридски” и в нея се провежда практическа работа със студенти.

2. Университетска болница „Лозенец” може да използва и обобщава медицинската документация от провежданото ми лечение за научни цели, при спазване на Закона за защита на личните данни.



ДЕКЛАРАЦИЯ

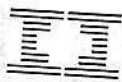
за информиране

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Съгласен/а съм да бъда лекуван/а в УБ „Лозенец“ като задължително здравноосигурено лице съгласно Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).
2. Запознат/а съм с рисковете от провеждане на лечението и възможните резултати от него.
3. Запознат/а съм с условията и реда за оказване на медицинска помощ в УБ „Лозенец“.
4. Редовно съм внасял/а и продължавам да внасям задължителните здравноосигурителни вноски съгласно ЗЗО.
5. Информирам/а съм, че за всеки проведен ден болнично лечение трябва да заплатя сума в размер на 5.80/пет лева и 80 ст./, но за не повече от 10 дни годишно, освен ако не попадам в списъка на лицата, освободени от заплащане на тази сума съгласно чл.37,ал.3 от ЗЗО.
6. В случай, че се установи, че съм с прекъснати здравноосигурителни права, поради невнасяне на задължителните здравноосигурителни вноски, се задължавам да заплатя стойността на оказаното ми лечение по ценоразписа на УБ „Лозенец“, в деня на изписването ми от лечебното заведение.
7. За неверни данни пося отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.

Болница
ЛОЗЕНЕЦ

1407 София, ул. "Козяк" №1, тел.: (02) 9607-607, факс: (02) 962-4771, hq@uni-hospital.government.bg, www.uni-hospital.government.bg



LOZENETS
Hospital

Директор Проф. Д-р Любомир Спасов

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за доплащане на протезни материали и за здравеопазване

[Redacted text block]

Необходимостта на следните протезни материали или консумативи :

№КП	Наименование на КП	Консуматив	Вид консуматив	Цена	Здравеопазване	от
		[Redacted]				

2. Информирани съм, че при лечението могат да бъдат открити и други по-различни фактори и състояния, които изискват допълнителни или различни от планираните процедури. При така възникнали ситуации и необходимост от използване на други или допълнителни протезни материали, консумативи с по-висока цена, съм съгласен да доплатя разликата.

3. Информирани съм, че заплащането става на касата в Приемната на болницата, преди изписване от клиниката, за което се издава фактура.

4. Информирани съм, че ако не бъдат използвани заплатените протезни материали, консумативи, или се използват такива с по-ниска цена, заплатената сума/разлика се възстановява.

Дата: 15.10.19

Гр. София

Подписан от: [Redacted]
/на законен представител/

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕЛИВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ

Уважаеми господине (госпожо),
Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу. Вие имате правата да получите от лекуващия лекар всякаква информация за процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки, обстоятелства, които я налагат, целта на преливането и очаквания резултат, възможните нежелани реакции, усложнения и потенциални рискове, свързани с преливането, алтернативните методи на лечение и рисковете от тях, прогнозите, в случай че не ми се извърши кръвопреливане. Тази информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

ДЕКЛАРИРАМ следното:

1. Получил съм достатъчно информация относно процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки ("кръвопреливане").
 2. Получил съм достатъчно информация за причините, които налагат преливане на кръв и кръвни съставки.
 3. Разяснена ми е целта на преливането и очаквания резултат.
 4. Разяснено ми е, че при предстоящото преливане на кръв и кръвни съставки, независимо от всички предприети мерки е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения.
 5. Разяснени са ми съществуващите алтернативи, техните възможности и последствия, произтичащи от тях.
 6. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да ми бъде извършено преливане на кръв или кръвни съставки.
- Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

*II. Декларирам, че подписвам декларацията като законен представител (попечител) на

ЕГН:

лицето, на което ще бъде прелята кръв (кръвна съставка) по мое съгласие.
Съставено в

(обект, дата, отделение)
.....
.....
.....

Допълнителен лист към МЗ №

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА		ДОКУМЕНТ №2	
	ДА	НЕ	
Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?		X	
13. Имате ли заболяване на черния дроб?	X		
Пожълтявали ли сте някога?	X		
Прекарали ли сте вирусен хепатит?	X		
Имате ли цироза?	X		
14. Имате ли бъбречно заболяване?	X		
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?		X	
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		X	
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване?		X	
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		X	
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		X	
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		X	
21. Боледувате ли от СПИН?		X	
22. Боледувате ли от язва?		X	
23. Кървите ли продължително при нараняване?		X	
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?	X		
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъб		X	
26. Имате ли рязка промяна в телесното тегло?	X		
27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?	X		
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		X	
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		X	

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най - лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

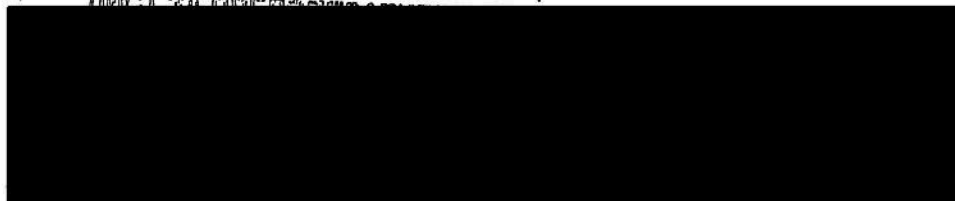
ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невяляещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващ неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа с или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).



ИЗ №

Отделение

Лекуващ лекар (оператор)

Диагноза

I. Въпросник за пациента:

Оперирани(а) ли сте досега?				
Кога	Къде	Операция	Вид упойка (местна, обща)	
ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА			ДА	НЕ
1. Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?				
2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?				
3. Имате ли придружаващи заболявания?				
4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства; (като се посочват по възможност точно)				
5. Прием на лекарства в момента - какви?				
6. Прием на лекарства в миналото - какви?				
7. Привикнали ли сте към:				
Алкохол				
Тютюнопушене				
Наркотици				
8. Страдате ли от заболявания на ЦНС?				
Прекара ли сте иноулт?				
Имате ли парези?				
Имали ли сте травми на главата?				
9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?				
Имате ли миастения гравис?				
Имате ли сте гърчове и с какво сте се лекувал?				
10. Боледувате ли от психични заболявания?				
11. Имате ли заболявания на дихателната система?				
Повишена температура през последните две седмици				
Хрема, болки в гърлото, кашлица				
Имате ли задух?				
Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа				
Имате ли бронхиална астма				
Имате ли бронхит или пневмония				
Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?				
12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?				
Високо артериално налягане и с какво го лекувате?				
Прекарвали ли сте инфаркт и/или...				

Допълнителен лист към ИЗ №

ДОКУМЕНТ №2

Доказателство от криминален престъпник и повтаряща се съвестливост

[REDACTED]

Анестезиолог

[REDACTED]

(подпис)

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия,

[REDACTED]

Интензивно лечение" регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването
№РД.09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното
заведение.