

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

INFORMUOTO PACIENTO SUTIKIMAS INTERVENCINEI (INVAZINEI) PROCEDŪRAI ARBA CHIRURGINEI OPERACIJAI

VUL SK centro pavadinimas HEIATOLOGIJOS, GASTROENTEROLOGIJOS IR DIETOLOGIJOS CENTRAS
Padalinio (skyriaus, poskyrio) pavadinimas gastroenterologijos ir

Paciento vardas, pavardė, amžius [redacted]

Medicinos dokumento Nr. (LIN) [redacted]

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

Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija gyd. endoskopus

Procedūros/ operacijos pavadinimas: KOLONOSKOPIJA

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

- ☐ Kraujo ir jo produktų perpylimas
- ☐ Radiologinės procedūros
- ☐ Kitos procedūros (išvardinti): _____

Procedūra/ operacija bus atlikta taikant:

- ☒ Bendrą/ regioninę anesteziją
- ☐ Vietinę anesteziją
- ☐ Sedaciją (raminantys medikamentai)
- ☐ Kita (įrašyti) _____

Papildoma informacija:

- ☒ Aš siūlau 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 suteikusio gydytojo parašas: _____

Vardas, pavardė: _____

Pareigos: vyl. gyd. rez. _____

Data: _____

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, nepaminėtos 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: _____

Paciento atstovo (jei pacientas neveiksnius) 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: _____

Be Medicininio audito skyriaus vedėjo žinios šis dokumentas arba jo dalys negali būti dauginamos arba platinamos trečiosioms šalims, išskyrus teisės aktų nustatytus atvejus.