

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL CHIRURGINĖS OPERACIJOS, CHEMOTERAPIJOS, RADIOTERAPIJOS,
INVAZINĖS IR (AR) INTERVENCINĖS PROCEDŪROS ATLIKIMO
NACIONALINIAME VĖŽIO INSTITUTE

(Santariškių g. 111, LT-08660 Vilnius, tel.: (8 5) 278 6700, įmonės kodas 111959420)

Galvos-kaklo ir
odos navikų
chirurgijos skyrius

Tel. Nr. _____

(nurodomas padalinys, kuriame bus atliekamos procedūros, telefonas)

1. Pacientas, kuriam bus atliekama chirurginė operacija, chemoterapija, radioterapija, invazinė ir (ar) intervensinė procedūra _____ Paciento amžius _____

2. Paciento atstovas pagal pavedimą* ar pagal įstatymą** _____
(vardas, pavardė, įgaliojimo data, ryšys su pacientu)

Nurodomas atstovavimo pagrindas _____

3. Sveikatos priežiūros specialistas, atliksiantis chirurginę operaciją, invazinę ir (ar) intervensinę procedūrą / skiriantis chemoterapiją, radioterapiją _____

(vardas, pavardė, profesinės kvalifikacijos nurodymas)

4. Chirurginės operacijos, invazinės ir (ar) intervensinės procedūros pavadinimas, esmė, pobūdis ir tikslai (trumpai ir aiškiai):

4.1. Chirurginė operacija, invazinė ir (ar) intervensinė procedūra _____

4.2. Chemoterapija _____

4.3. Radioterapija _____

5. 4 grafoje nurodytos chirurginės operacijos, invazinės ir (ar) intervencinės procedūros apimties keitimo leistinumas jei minimos procedūros metu nebus galimybės aptarti ketinamo keitimo su pacientu ar jo atstovu dėl paciento būklės arba atstovo nebuvimo:

6. Anestezijos procedūrų trumpas aprašymas

Kad būtų taikomas šis metodas:

SUTINKU (paciento/paciento atstovo parašas) NESUTINKU (paciento/paciento atstovo parašas)

7. Esu informuota (-as) apie tyrimo/gydymo metodikų ypatybes, galimas alternatyvas. Man pasirinkus tinkamą tyrimo/gydymo metodiką, esu supažindinta (-as) su ****

sudarytu gydymo/tyrimo planu bei galimybėmis jį koreguoti ir sutinku, kad jame nurodyti tyrimai, procedūros, konsultacijos būtų man atlikti. Informacija apie tyrimų, procedūrų, konsultacijų riziką, prognozes, siekiamus rezultatus buvo suprantama ir pakankama mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo. Esu informuotas apie žinomas, dažnai ar retai pasitaikančias komplikacijas, bei komplikacijas, kurios gali kilti pacientui, įvertinus jo sveikatos būklę (paciento ar jo atstovo parašas).

7.1. Esu informuota (-as), kad medicininių indikacijų krūties šalinimui nėra, tačiau pageidauju atlikti radikalią mastektomijos operaciją (paciento ar jo atstovo parašas ir data). ****

Gdytojas atsakė į visus mano klausimus (paciento ar jo atstovo parašas ir data).

8. Aš,

SUTINKU (parašas, jeigu sutinkate) / NESUTINKU (parašas, jeigu nesutinkate),

kad būtų atlikta chirurginė operacija, chemoterapija, radioterapija, invazinė ir (ar) intervencinė procedūra

MAN / PACIENTUI, KURIAM ATSTOVAUJU*** (jeigu sutikimą duoda atstovas, tai nurodoma

paciento vardas ir pavardė

Sutikimo data

Laikas

Pacientą supažindino

(vardas, pavardė, pareigos, data, telefonas, punktai, su kuriais supažindino)

Su 7 punktu pacientui pateikiama susipažinti pasirašytinai, kai jau yra sudarytas tyrimo/gydymo planas, pacientas pasirinko gydymo būdą (kai yra galimybė rinktis). 8 punkte yra įrašoma gydymo tyrimo plano sudarymo data. Kilus konfliktui su pacientu, jam gali būti pateikiama papildomai pasirašyti ir asmens sveikatos istorijoje po surašytu gydymo/tyrimo planu. Apie gydymo/tyrimo plano pakeitimus ar papildymus pacientas papildomai informuojamas ir supažindinamas pasirašytinai asmens sveikatos istorijoje. Su 8 punktu supažindina gydytojas, teikiantis ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą.

* Atstovą pagal pavedimą pasirenka pacientas. Jo įgaliojimai įforminami Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka. Formoje pasirašo atstovas.

** Atstovas pagal įstatymą - tai tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai. Formoje pasirašo atstovas. NVI turi teisę pareikalauti pateikti tėvystę, globą ar rūpybą patvirtinantį dokumentą, vaiko gimimo liudijimą ir tėvų, įtėvių, globėjų, rūpintojų asmenybę liudijantį dokumentą.

*** Nereikalingą išbraukti.

**** Nurodoma gydymo/tyrimo plano sudarymo data (metai, mėnuo, ir diena)

**** Jeigu pacientei, įvertinus atliktų laboratorinių ir instrumentinių tyrimų rezultatus, prieš operaciją nustatyta diagnozė, pagal tarptautines rekomendacijas ir NVI krūties vėžio diagnostikos ir gydymo protokolą ir jos klinikinę būklę indikuotina krūtį tausojanti operacija ir medicininių indikacijų krūties šalinimui nėra, o pacientė pageidauja atlikti radikalią (mastektomijos) operaciją, toks pacientės turi būti patvirtinamas pacientės pa- šiu, taip pat turi būti nurodoma data.

PACIENTO VALIOS PAREIŠKIMAS DĖL CHIRURGINĖS OPERACIJOS, CHEMOTERAPIJOS, RADIOTERAPIJOS,
INVAZINĖS IR (AR) INTERVENCINĖS PROCEDŪROS ATLIKIMO
NACIONALINIAME VĖŽIO INSTITUTE

(Santariškių g. 111, LT-08660 Vilnius, tel.: (8 5) 278 6700, įmonės kodas 111959420)

Galvos-kaklo ir
odos navikų
chirurgijos skyrius

Tel. Nr. _____

(nurodomas padalinys, kuriame bus atliekamos procedūros, telefonas)

1. Pacientas, kuriam bus atliekama chirurginė operacija, chemoterapija, radioterapija, invazinė ir (ar) intervensinė procedūra _____ Paciento amžius _____

2. Paciento atstovas pagal pavedimą* ar pagal įstatymą** _____
(vardas, pavardė, įgaliojimo data, ryšys su pacientu)

Nurodomas atstovavimo pagrindas _____

3. Sveikatos priežiūros specialistas, atliksiantis chirurginę operaciją, invazinę ir (ar) intervensinę procedūrą / skiriantis chemoterapiją, radioterapiją _____

(vardas, pavardė, profesinės kvalifikacijos nurodymas)

4. Chirurginės operacijos, invazinės ir (ar) intervensinės procedūros pavadinimas, esmė, pobūdis ir tikslai (trumpai ir aiškiai):

4.1. Chirurginė operacija, invazinė ir (ar) intervensinė procedūra _____

4.2. Chemoterapija _____

4.3. Radioterapija _____

5. 4 grafoje nurodytos chirurginės operacijos, invazinės ir (ar) intervencinės procedūros apimties keitimo leistinumas jei minimos procedūros metu nebus galimybės aptarti ketinamo keitimo su pacientu ar jo atstovu dėl paciento būklės arba atstovo nebuvimo:

6. Anestezijos procedūrų trumpas aprašymas

Kad būtų taikomas šis metodas:

SUTINKU (paciento/paciento atstovo parašas) NESUTINKU (paciento/paciento atstovo parašas)

7. Esu informuota (-as) apie tyrimo/gydymo metodikų ypatybes, galimas alternatyvas. Man pasirinkus tinkamą tyrimo/gydymo metodiką, esu supažindinta (-as) su ****

sudarytu gydymo/tyrimo planu bei galimybėmis jį koreguoti ir sutinku, kad jame nurodyti tyrimai, procedūros, konsultacijos būtų man atlikti. Informacija apie tyrimų, procedūrų, konsultacijų riziką, prognozes, siekiamus rezultatus buvo suprantama ir pakankama mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo. Esu informuotas apie žinomas, dažnai ar retai pasitaikančias komplikacijas, bei komplikacijas, kurios gali kilti pacientui, įvertinus jo sveikatos būklę (paciento ar jo atstovo parašas).

7.1. Esu informuota (-as), kad medicininių indikacijų krūties šalinimui nėra, tačiau pageidauju atlikti radikalią mastektomijos operaciją (paciento ar jo atstovo parašas ir data). ****

Gdytojas atsakė į visus mano klausimus (paciento ar jo atstovo parašas ir data).

8. Aš,

SUTINKU (parašas, jeigu sutinkate) / NESUTINKU (parašas, jeigu nesutinkate),

kad būtų atlikta chirurginė operacija, chemoterapija, radioterapija, invazinė ir (ar) intervencinė procedūra

MAN / PACIENTUI, KURIAM ATSTOVAUJU*** (jeigu sutikimą duoda atstovas, tai nurodoma

paciento vardas ir pavardė

Sutikimo data

Laikas

Pacientą supažindino

(vardas, pavardė, pareigos, data, telefonas, punktai, su kuriais supažindino)

Su 7 punktu pacientui pateikiama susipažinti pasirašytinai, kai jau yra sudarytas tyrimo/gydymo planas, pacientas pasirinko gydymo būdą (kai yra galimybė rinktis). 8 punkte yra įrašoma gydymo tyrimo plano sudarymo data. Kilus konfliktui su pacientu, jam gali būti pateikiama papildomai pasirašyti ir asmens sveikatos istorijoje po surašytu gydymo/tyrimo planu. Apie gydymo/tyrimo plano pakeitimus ar papildymus pacientas papildomai informuojamas ir supažindinamas pasirašytinai asmens sveikatos istorijoje. Su 8 punktu supažindina gydytojas, teikiantis ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą.

* Atstovą pagal pavedimą pasirenka pacientas. Jo įgaliojimai įforminami Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka. Formoje pasirašo atstovas.

** Atstovas pagal įstatymą - tai tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai. Formoje pasirašo atstovas. NVI turi teisę pareikalauti pateikti tėvystę, globą ar rūpybą patvirtinantį dokumentą, vaiko gimimo liudijimą ir tėvų, įtėvių, globėjų, rūpintojų asmenybę liudijantį dokumentą.

*** Nereikalingą išbraukti.

**** Nurodoma gydymo/tyrimo plano sudarymo data (metai, mėnuo, ir diena)

**** Jeigu pacientei, įvertinus atliktų laboratorinių ir instrumentinių tyrimų rezultatus, prieš operaciją nustatytą diagnozę, pagal tarptautines rekomendacijas ir NVI krūties vėžio diagnostikos ir gydymo protokolą ir jos klinikinę būklę indikuotina krūtį tausojanti operacija ir medicininių indikacijų krūties šalinimui nėra, o pacientė pageidauja atlikti radikalią (mastektomijos) operaciją, toks pacientės turi būti patvirtinamas pacientės pa- su, taip pat turi būti nurodoma data.