



ΦΥΛΛΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Για τον ασθενή

Οι ασθενείς έχετε την νόμιμη υποχρέωση να ενημερωθείτε για την ασθένειά σας και την συνιστώμενη θεραπεία, ώστε να είστε σε θέση να αποφασίσετε αν θα προχωρήσετε στη θεραπεία αυτή ή όχι, γνωρίζοντας τους κινδύνους που περιλαμβάνονται.

Πάθηση & αντιμετώπιση

Ο θεράπων Ιατρός ...κ. ΓΚΑΤΖΟΥΝΗΣ Γ.
σας εξήγησε την πάθηση... ΧΩΡΟΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Η πάθησή σας απαιτεί την παρακάτω επέμβαση... ΚΡΑΝΙΟΤΟΜΙΑ

Κίνδυνοι κι επιπλοκές κρανιοτομίας και αφαίρεσης εξεργασίας ή αιματώματος από τον εγκέφαλο

- Αιμορραγία που μπορεί να απαιτήσει επανεγχείρηση ή να προκαλέσει βλάβες.
- Ισχαιμία ή Ισχαιμικού τύπου βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν νευρολογικές βλάβες όπως παράλυση προσώπου, άνω ή κάτω άκρων. Οι βλάβες αυτές μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες.
- Τραυματισμός του εγκεφάλου, αγγείων ή σημαντικών νεύρων με αποτέλεσμα βλάβες παρόμοιες με εγκεφαλικό.
- Διαταραχές μνήμης ή σύγχυση. Αυτά μπορεί να είναι παροδικά ή μόνιμα.
- Επιληψία που θα χρειασθεί αντιεπιληπτική αγωγή. Μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.
- Διαφυγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από το τραύμα που μπορεί να προκαλέσει μηνιγγίτιδα ή να χρειασθεί άλλη χειρουργική επέμβαση.
- Καρδιολογικές επιπλοκές λόγω χειρουργικού stress
- Μολύνσεις που θα απαιτήσουν χορήγηση αντιβιοτικών και περαιτέρω θεραπεία.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΚΑΤΣΑΚΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΗΛΙΚΙΑ: 51 ΕΤΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΑΤΡΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

- Δυσαισθησίες που μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες
- Η εξεργασία μπορεί να μην είναι δυνατόν να εξαιρεθεί ολικά
- Παραμόρφωση του κρανίου ή κακό αισθητικό αποτέλεσμα.
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές που μπορεί να απαιτήσουν ακόμη και αντιμετώπιση στη ΜΕΘ.
- Λοίμωξη του αναπνευστικού, στελεκτασίες που θα χρειασθεί αντιβίωση και θεραπεία.
- Φλεβοθρόμβωση και πνευμονική εμβολή.
- Ουρολοίμωξη κυρίως λόγω του ουροκαθετήρα.
- Ιδιαίτερα αυξημένοι κίνδυνοι λοίμωξης σε παχύσαρκους, σακχαρώδη διαβητικούς ή με ανοσοκαταστολή και θρόμβωσης σε παχύσαρκα άτομα.
- Μηνιγγίτιδα που θα απαιτήσει περαιτέρω θεραπεία.
- Διαταραχές όρασης μόνιμες ή προσωρινές.
- Κώμα.
- Θάνατος λόγω της επέμβασης.

Έλαβα γνώση των ανωτέρω την (ημ/νία) 6-4-2018

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

.....

.....

Κατανοώ ότι όλες οι ανωτέρω επιπλοκές σχετίζονται άμεσα με την προτεινόμενη επέμβαση. Κατανοώ δε, ότι μπορούν και άλλες παθολογικές καταστάσεις να προκύψουν έμμεσα σαν μακροπρόθεσμες επιπλοκές συνεπεία επιβαρυντικών προδιαθεσικών παραγόντων π.χ. Κάπνισμα, αλκοολισμός, κληρονομικότητα κτλ.

Αποδέχομαι ότι, όπως σε κάθε θεραπεία στην ιατρική, επιπλοκές ή καθυστερήσεις στην αποθεραπεία μπορούν να συμβούν με αποτέλεσμα οικονομικές απώλειες εξαιτίας καθυστερήσεων επιστροφής στο επιθυμητό επίπεδο δραστηριοποίησης.

Αποδέχομαι το ότι κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορούν να προκύψουν καταστάσεις που να επιβάλουν συμπληρωματική ή και διαφορετική θεραπεία από αυτή που προγραμματίστηκε και εξουσιοδοτώ τον θεράποντα ιατρό μου να προβεί στις αντίστοιχες ενέργειες προς όφελός μου και σύμφωνα με την επιστημονική του κρίση.

Συγκατατίθεμαι στην μετάγγιση αίματος αν αυτό απαιτηθεί.

Συγκατατίθεμαι στη λήψη φωτογραφιών που αφορούν την πάθησή μου, από τον ιατρό μου ή τους συνεργάτες του, και στην χρήση αυτών για κοινόχρηστα επιστημονικούς σκοπούς χωρίς να είναι εμφανής η ταυτότητά μου.

Ενημερώθηκα ότι υλικά διάφορης φύσης, ανάλογα με την πάθηση, μπορούν να τοποθετηθούν στο σώμα και αντιλαμβάνομαι ότι υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες (αλλεργία, φλεγμονή, μόλυνση).

Απλώνω υπεύθυνα ότι έδωσα πλήρες ιατρικό ιστορικό στον ιατρό μου και κατανοώ ότι παράληψη ιατρικών πληροφοριών που αφορούν στο ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές κατά την θεραπεία μου.

Επιβεβαιώνω ότι θα ακολουθήσω με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις οδηγίες του ιατρού μου σχετικά με την περίοδο πριν, κατά την διάρκεια και μετά την χειρουργική επέμβαση και θα τον ενημερώσω έγκαιρα για τυχόν προβλήματα που ανακύψουν.

Κατανοώ ότι δεν μπορεί να δοθεί κανενός είδους εγγύηση για θετικό αποτέλεσμα της επέμβασης αν και το καλό αποτέλεσμα είναι το επιθυμητό.

Απλώνω υπεύθυνα ότι μου εξηγήθηκαν ικανοποιητικά τα σχετικά με την χειρουργική επέμβαση που προτείνεται και κάθε άλλη πληροφορία που περιλαμβάνεται σε αυτό το έντυπο. Είχα την ευκαιρία να ρωτήσω τον θεράποντα ιατρό σχετικά με απορίες που με απασχολούσαν και πήρα ικανοποιητικές απαντήσεις για την κατάστασή μου, τις θεραπευτικές επιλογές, τους κινδύνους αυτών όπως και της μη χειρουργικής θεραπείας.

Μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά όλα τα ερωτήματα και όντως πλήρως ενημερωμένος αποδέχομαι τη διενέργεια της προτεινόμενης θεραπείας.

ΔΗΛΩΣΗ: Απλώνω υπεύθυνα ότι εξήγησα στον/στην ασθενή όλα τα ανωτέρω και προσφέρθηκα να του απαντήσω όλα τα ερωτήματα.

ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΣΙΕΣΤΕΡΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ: