



ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ

Ιατρικό Ψυχικού

Λεωφόρος 1, 115 25 Αθήνα,
Τ 210 6974000, F 210 6911902,
E psychiko@iatriko.gr
www.iatrikopsychikou.gr

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο

Ηλικία

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής



Συγγενής

Βαθμός συγγένειας

Επώνυμο

Όνομα

Τηλέφωνο

Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς χειρουργικής επέμβασης ή της αναισθησίας την οποία θα λάβω:

Είδος επέμβασης

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού

Χειρουργός

Όνοματεπώνυμο ιατρού

Αναισθησιολόγος

1. Να προχωρήσουν στη διεκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης
2. Να μου χορηγηθεί γενική ή περιοχική αναισθησία ή ήπια καταστολή, ή αν απαιτηθεί μεταβολή της μεθόδου αναισθησίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης, από τους αναισθησιολόγους οι οποίοι μου εξήγησαν με απλά λόγια και με λεπτομέρεια τους κινδύνους, τις παρενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές της αναισθησίας
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος ή/και άλλα φάρμακα που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Είδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Π

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:

- (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου
- (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος
- (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία
- (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα



Ημερία: 4/9/2015

Υπογραφή ιατρού

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή του συγγενή
που παρέχει τη συγκατάθεση