

**PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR THE PUBLICATION OF THIS REPORT
AND ANY ACCOMPANYING IMAGES**

PAREIŠKIMAS

2020-10-21

Aš, [redacted] (a.k. [redacted]), sutinku, jog
mano fotografijos ir tyrimų rezultatai būtų naudojami mokslo
tikslais, publikuojami (be galimybės identifikuoti) mokslo
leidiniuose.

[redacted]

[redacted]

PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING

PATVIRTINTA

VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio
direktoriaus 2017-02-20 įsakymu Nr. V-113
P 103 „Medicinos dokumentų pildymas“
3 priedas

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

INFORMUOTO PACIENTO SUTIKIMAS INTERVENCINEI (INVAZINEI) PROCEDŪRAI ARBA CHIRURGINEI OPERACIJAI

VUL SK centro pavadinimas _____
Padalinio (skyriaus, poskyrio) pavadinimas _____

Paciento vardas, pavardė, amžius _____

Medicinos dokumento Nr. (LIN) _____

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

Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija _____

Procedūros/ operacijos pavadinimas: _____

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 _____

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

Informaciją suteikusiai gydytojo parašas

Gyd. C. ŠEŠKIS

Vardas, pavardė:

Pareigos:

Data:

2020 10 26

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, nepamirštos 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:

2020 10 26

Paciento atstovo (jei pacientas neveiksnus) 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.

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės
Santariškių klinikos

**PACIENTO SUTIKIMAS IR APKLAUSOS ANKETA
MAGNETINIO REZONANSO TOMOGRAFIJOS TYRIMUI**

A. [redacted] arba paciento atstovas, jei pacientas nepilnametis
(paciento vardas, pavardė)

ar pripažintas neveiksniu
(vardas, pavardė, adresas, telefonas, atstovavimo pagrindas)

sutinku, kad būtų atliekamas MRT tyrimas, kurio metu būsiu tiriamas stipriu 1,5 T magnetiniu lauku ir atidžiai užpildysiu kontraindikacijų anketą, užtikrindamas, kad nėra kontraindikacijų atlikti MRT tyrimą.

Sutinku, kad atliekant galvos ir smegenų MRT tyrimą, įvestų (pabraukti) į/v kontrastinę medžiagą au aktyvia medžiaga gadolinium kiekis ml.

Paciento anklautos anketa

Svoris [redacted] Gimimo data [redacted]

Atsakykite į žemiau pateiktus klausimus. Atsakymą pažymėkite "X" atitinkamame langelyje.

Ar Jūsų kūne yra žemiau išvardintų prietaisų, protezų ar svetimkūnių	TAIP	NE
Širdies stimulatorius ar poodinis širdies defibriliatorius		
Smegenų kraujagyslių kabutės ar metalinės plokštelės po neurochirurginės operacijos		✓
Metalinės kabutės kitose kūno vietose		✓
Smegenų skysčio drenas		✓
Dirbtiniai širdies vožtuvai arba kraujagyslių implantai (pvz., filtrai, stentai, kateteriai)		✓
Akių arba ausų implantai		✓
Šonarių arba galūnių implantai		✓
Dantų protezai arba metaliniai dantys		✓
Metaliniai implantai naudojami kaulų lūžimams gydyti ar po stuburo operacijos		✓
Kulkos, metalinės atplaišos ir skeveldros		✓
(Tik moterims) spiralė		✓
Bet koks kitas aukščiau nepaminėtas elektroninis, mechaninis ar magnetinis implantas		✓
Ar Jūs naudojate		
Klausos aparatą?		✓
Akių kontaktinius lęšius?		✓
Insulino, morfijaus ar kitų vaistų pompą?		✓
Ar Jums kada nors buvo atlikta neurochirurginė operacija?		✓
Ar Jums kada nors buvo atlikta laparoskopinė operacija?		✓
Ar Jums kada nors buvo metalinėmis skeveldromis sužeistos akys?		✓
Ar Jūs sergate uždarų patalpų baime?		✓
Ar Jūs esate jautrus (-i) vaistams ar kontraceptinėms medžiagoms?		✓
Ar sergate bronchine astma, alerginėmis ligomis, epilepsija, inkstų ligomis ar cukriniu diabetu?		✓
(Tik moterims) ar Jūs esate nėščia arba manote esanti nėščia?		✓
(Tik moterims) ar Jūs matinate kūdikį?		✓

Aš perskaičiau ir supratau visą anketos tekstą. Tvirtinu, kad į visus anksčiau pateiktus klausimus atsakiau teisingai ir tiksliai.

Esu supažindintas (-a) su tyrimo rizika bei galimu pašaliniu kontrastinių medžiagų poveikiu.

Tyrimo metu Jūs galite jausti:

- bendrą diskomfortą, prakaitavimą, drebulį, šaltkrėtį.
- injekcijos įvedimo vietoje galite jausti lokalų spaudimą ar skausmingumą, retais atvejais injekcijos vietoje gali atsirasti nedidelės kraujosrūvos.
- rečiau pasitaiko pykinimas, vėmimas, viduriavimas, galvos svaigimas, tai pat sutrikę skonio ir uoslės pojūčiai.
- mieguistumas, dilgčiojimo, peršėjimo pojūtis, laikini regėjimo sutrikimai.

Esu informuotas (-a), kad manipuliacijos, tyrimo metu ar po jo mano savijauta gali pablogėti. Apie tai įsipareigoju pranešti gydytojui.

Man buvo paaiškinta, kad atsiradus anksčiau minėtiems kontrastinių medžiagų pašaliniams poveikiams, bus panaudota papildomos medicininės priemonės ir medikamentai.

Taip pat patvirtinu, kad gydytojas mane informavo apie kitus alternatyvius diagnostikos metodus, jų privalumus, riziką, pasekmes. Aš suprantu, kad svarbu informuoti gydytoją apie turėtas alergines reakcijas, persirgtas ar esamas ligas, dabar vartojamus ar vartotus medikamentus, narkotikus.

Pasirašydamas (-a) šį dokumentą aš **patvirtinu**, kad šio sutikimo turinys išaiškintas man suprantama forma ir kalba, specialūs terminai paaiškinti. Su MRT poveikiu bei kontrastinio preparato įvedimo būdais, prognozėmis ir kitomis aplinkybėmis esu supažindintas (-a).

Gydytojas (parašas, spaudas)

Pacientas (jo atstovas)

**PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR INTERVENTIONAL PROCEDURE -
SMALL SALIVARY GLAND BIOPSY**

PATVIRTINTA

VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio
direktoriaus 2017-02-20 įsakymu Nr. V-113
P 103 „Medicinos dokumentų pildymas“
3 priedas

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

**INFORMUOTO PACIENTO SUTIKIMAS INTERVENCINEI (INVAZINEI)
PROCEDŪRAI ARBA CHIRURGINEI OPERACIJAI**

VUL SK centro pavadinimas _____

Padalinio (skyriaus, poskyrio) pavadinimas _____

Paciento vardas, pavardė, amžius _____

Medicinos dokumento Nr. (LIN) _____

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

Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija _____

Procedūros/ operacijos pavadinimas: _____

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 (rašyti) _____

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 suteikuso gydytojo parašas: _____

Vardas, pavardė: _____

Pareigos: _____

Data: _____

gyd. neurologas
2020 10 20

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, nepamintos 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: _____

2020 10 20

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.

priedas
Vil Vlniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos
Reumatologijos centras

INFORMACINIS LAPELIS PACIENTUI

Mažųjų seilių liaukų diagnostinė biopsija

Mažųjų seilių liaukų diagnostinė biopsija – tai apatinės lūpos pogleiviję išsidesčiusių seilių liaukų paėmimas ištyrimui. Mažosios seilių liaukos tiriamos, siekiant nustatyti burnos ir/ar akių sausumo priežastis. Biopsijos metu paimitos mažosios seilių liaukos siunčiamos mikroskopiniam ištyrimui. Specialus paruošimas procedūrai nereikalingas. Rekomenduojama prieš procedūrą išsivalyti dantis su dantų pasta ir dantų šepetėliu, atlikti liežuvio valymo procedūrą ir išskalauti dantis antiseptiniu burnos skalavimo skysčiu.

Kaip atliekama mažųjų seilių liaukų biopsija?

Biopsija atliekama procedūrų-tvarestymo kabinete ar odontologo kabinete. Pacientas biopsijos metu gali sėdėti ar gulėti. Pacientas skalauja burną skalavimo skysčiu arba gleivinių antiseptikos priemone 3-4 minutes (kiek nurodo gydytojas), kuris gali būti nemalonus (karstelėjantis) skonio. Gydytojas į burnos gleivinę suvirkščia muskautinantių vaistų (pvz.: lidokaino, bupivakaino), padaro 3-4 mm dydžio pjūvį apatinės lūpos gleivinėje, atidalina ir paima ištyrimui 1-3 mažasias seilių liaukas, po to gleivinę susiūva 1-2 siūlais. Jei pjūvis nedidelis, gleivinė gali būti nesusiuvama. Biopsijos vieta prispaudžiama steriliu tamponu, kuris laikomas 10-30 min., t.y. kol žaizdėlė kraujuoja. Procedūra trunka vidutiniškai apie 10-20 minučių.

Galimos nepageidaujamos reakcijos ir komplikacijos biopsijos metu ir po jos

Dažnos (ne daugiau kaip 1 iš 10 pacientų):

- kraujosruva apatinėje lūpoje.

Nedažnos (ne daugiau kaip 1 iš 100 pacientų):

- laikinas apatinės lūpos gleivinės jautrumo sumažėjimas;
- alerginės reakcijos į naudojamus vaistus ar medžiagas.

Retos (ne daugiau kaip 1 iš 1000 pacientų):

- operacinės žaizdos infekcija.

Komplikacijų riziką didina rūkymas, nutukimas, lėtinės širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, cukrinis diabetas, endokrininės sistemos ligos, kai kurios kitos lėtinės ligos. Prieš procedūrą būtina įspėti gydytoją, jei sergate arterine hipertenzija, širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, autoimuninėmis ligomis, kraujo krešėjimo sutrikimais ar kitomis lėtinėmis ligomis, esate alergiškas, rūkote, vartojate vaistus ar maisto papildus.

[vertinus Jūsų sveikatos būklę, tai pat Jums galimos šios komplikacijos ar jų rizika yra didesnė (brašo operaciją (intervencinę procedūrą) paskyręs gydytojas kiekvienu konkrečiu atveju):

.....

[vykus komplikacijai, ligoninėje yra visos būtinos priemonės ir galimybės jų diagnostikai ir gydymui.

Po mažųjų seilių liaukų diagnostinės biopsijos

Po biopsijos rekomenduojama 1-2 valandas nevalgyti.

Jei turimo metu ar po jo Jūs pajutote nemalonius pojūčius (pvz.: atsirado skausmas), prašome apie tai suoti pat informuoti gydantį gydytoją ar kita medicinos personalą.

Su pateikta informacija susipažinau. Man suprantama ir priimtina intervencinės procedūros rizika bei galimos komplikacijos. Man yra aiški visa informaciniame lapelyje pateikta informacija. Gydytojas suprantamai man atsakė į visus iškilusius klausimus, susijusius su intervencine procedūra ir šiame lapelyje pateikta informacija.

.....
(Paciento/paciento atstovo vardas, pavardė, parašas)

Data: 2020.09.20