

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и аутоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата ѝ с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморяемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинали лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пенициламин (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цироза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спрял с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. **стеатоза** на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Застрашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

Необходимо ли е спазване на специална “чернодробна диета”?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дреболлии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цироза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

Трите имена на пациента

**ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА ИНФОРМИРАНост И СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА ПО ОТНОШЕНИЕ
ИЗТОЧНИКА НА ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО
НА НЕГОВОТО ЗАБОЛЯВАНЕ**

Аз, долуподписаният/ата

ЕГН. №

кв./ул...

ДЕКЛАРИРАМ, че :

Д-р в качеството си на представител на ЛЗБП
..... ми разясни реда на заплащане
на диагностиката и болничното лечение на моето заболяване по клинична пътека
№

1. Информиран съм, че заболяването ми е включено в клинична пътека.
Разходите за диагностиката и болничното ми лечение се заплащат изцяло от НЗОК,
с изключение на скъпоструващи консумативи, посочени в алгоритъма на
клиничната пътека, които НЗОК не заплаща.

2. По време на престоя ми в лечебното заведение за болнична помощ
съм заплатил /ла сума в размер на лв., която включва:

- а) потребителска такса за лв.
- б) скъпоструващи консумативи лв.
- в) други лв.

3. Отказвам предложения ми екип с ръководител д-р.....

4. Доброволно избрах екип с ръководител д-р.....,
за което съм заплатил/а сума в размер на лв.

Получих документ за всички извършени плащания

☐ да

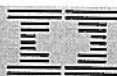
☐ не

5. Предложено ми е да бъда хоспитализиран/а на

Дата на изписване:

За ЛЗБП д-р УИН на лекар.....

Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е Ц



L O Z E N E T Z
H o s p i t a l

hq@uni-hospital.government.bg

1407 София, ул. "Козяк" №1

тел.: (02) 9607-607 факс.: (02) 962-4771

Директор проф. д-р Любомир Спасов, дм

ДЕКЛАРАЦИЯ

За информирано съгласие

към Карта за регистрация и заплащане на стационарно лечение №

ИЗ №

О

ЛК №

Адрес

Лице за връзка / роднина, близък/

ДЕКЛАРИРАМ :

1. Съгласието си да бъда лекуван/а в УБ "Лозенец" като задължително здравноосигурено лице съгласно Закона за здравното осигуряване / ЗЗО /.
2. Запознат/а съм с рисковете от провеждане на лечението и възможните резултати от него.
3. Запознат/а съм с условията и реда за оказване на медицинска помощ в УБ „Лозенец“.
4. Редовно съм внасял/а и продължавам да внасям задължителните здравноосигурителни вноски съгласно ЗЗО.
5. Информиран/а съм, че за всеки проведен ден болнично лечение трябва да заплатя сума в размер на 5.80 /пет и 0.80/ лева, но за не повече от 10 дни годишно, освен ако не попадам в списъка на лицата, освободени от заплащане на тази сума съгласно чл.37, ал.3 от ЗЗО.
6. В случай, че се установи, че съм с прекъснати здравноосигурителни права, поради невнасяне на задължителните здравноосигурителни вноски, се задължавам да заплатя стойността на оказаното ми лечение, по ценоразписа УБ „Лозенец“, в деня на изписването ми от лечебното заведение.
7. За неверни данни нося отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс

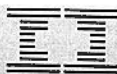
Подпис на пациента:.....

/или-

Подпис.....

Дата: 16.07.2019 г.

Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е Ц



L O Z E N E T Z
H o s p i t a l

hq@uni-hospital.government.bg

1407 София, ул. "Козяк" №1

тел.: (02) 9607-607 факс.: (02) 962-4771

Директор проф. д-р Любомир Спасов, дм

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ЗА ЛЕЧЕНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ“
В ПРИСЪСТВИЕТО НА СТУДЕНТИ

Долуподписаният/а

....., ЕГН.

ЛК №.

адрес:

....., ул. /ж.к./.....

Декларирам:

1. Запознат съм, че Университетска болница "Лозенец" е клинична база към Медицинския факултет при СУ „Климент Охридски“ и в нея се провежда практическа работа със студенти.
2. Университетска болница "Лозенец" може да използва и обобщава медицинската документация от провежданото ми лечение за научни цели, при спазване на Закона за защита на личните данни.

Дата: 16. 7. 2019 г.

Декларатор

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №2

ЛИСТ ЗА ПРЕДОПЕРАТИВНА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕЦЕНКА

Име.....

год.....ръст.....тегло.....Кр.група.....

ЕГН

И.З.№.....

Клиника/

отделение.....Стая.....

Лекуващ лекар (оператор).....

Диагноза.....

I. Въпросник за пациента:

Опериран(а) ли сте досега?		Вид упойка (местна,обща)	
Кога	Къде	Операция	
	УБ АЗС	Транспозиция на горни устни	Обща
ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА		ДА	НЕ
1.Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?			X
2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?		X	
3.Имате ли придружаващи заболявания?		X	
4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства: (като се посочват по възможност точно)			X
5. Прием на лекарства в момента - какви?		X	
6. Прием на лекарства в миналото - какви?		X	
7. Привикнали ли сте към:			
Алкохол			X
Тютюнопушене			X
Наркотици			X
8. Страдате ли от заболявания на ЦНС?			X
Прекара ли сте инсулт?			X
Имате ли парези?			X
Имали ли сте травми на главата?			X
9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?			
Имате ли миастения гравис?			X
Имали ли сте гърчове и с какво сте се лекувал?			X
10. Боледелите ли от психични заболявания?			X
11. Имате ли заболявания на дихателната система?			
Повишена температура през последните две седмици		X	
Хрема, болки в гърлото, кашлица			X
Имате ли задух?		X	
Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа			X
Имате ли бронхиална астма			X
Имате ли бронхит или пневмония		X	
Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?		X	
12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?			
Високо артериално налягане и с какво го лекувате?			X
Прекарвали ли сте инфаркт и кога?			X
Имате ли ритъмни нарушения и с какво ги лекувате?			X
Имате ли сърдечен стимулатор (пейсмеикър)?			X

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА	ДА	НЕ
Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?		X
13. Имате ли заболяване на черния дроб?		
Пожълтявали ли сте някога?	X	
Прекарвали ли сте вирусен хепатит?	X	
Имате ли цироза?	X	
14. Имате ли бъбречно заболяване?		X
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?	X	
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		X
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване?	X	
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		X
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		X
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		X
21. Боледувате ли от СПИН?		X
22. Боледувате ли от язва?		X
23. Кървите ли продължително при нараняване?	X	
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?	X	
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъби?		X
26. Имате ли рязка промяна в телесното телло?	X	
27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?		X
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		X
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		X

II. Физикален преглед

Артериално налягане..... Пулс..... Дихателна честота..... Температура.....
 Сърце..... Бели дробове (дишане).....
 Дихателни пътища.....
 Крайници.....
 Други.....

III. Лаборатория: Hgb..... Htc..... Кр. Захар.....
 Кр. урея..... Креатинин..... Общ белтък.....
 Електролити: Na..... K..... Ca..... Cl.....
 ЕКГ.....
 Ro - графии.....
 Други.....

Анестезиологичен риск - ASA клас: IV E 15 (в точки)

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най - лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невяляещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа със или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).

Доклад от клиничен преглед и подготовка за анестезия:

Нот: го бърз есортант на
общо интубационно състояние при
нисък епиглотарен и висок гортанен
тонус по всички параметри

Анестезиолог:



(подпис)

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия, като ми бяха обяснени всички рискове на анестезията:

Име.....

Подпис

Забележка: Този лист се попълва съгласно медицински стандарт "Анестезия и Интензивно лечение" регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването №РД 09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното заведение.

Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е ЦL O Z E N E T Z
H o s p i t a lhq@uni-hospital.government.bg

1407 София, ул. "Козяк" №1

тел.: (02) 9607-607

факс.: (02) 962-4771

Директор проф. д-р Любомир Спасов, дм

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ / ФГДС / ЕРХП С ДИАГНОСТИЧНА ЦЕЛ

1. ОПИСАНИЕ НА ПРОЦЕДУРАТА:

Това е изследване с гъвкав уред – гастродуоденоскоп, който се въвежда в храносмилателния тракт през устата, като проникването става по естествения път на храната. Последователно се оглеждат хранопровода, стомаха, началната част на тънкото черво.

Манипулацията може да се осъществи с или без анестезия.

При необходимост, по време на манипулацията може да се вземе малко парченце тъкан / биопсия / от лигавицата на изследвания участък, което не е свързано с неприятни усещания от страна на пациента.

2. ПОКАЗАНИЯ ЗА ФГДС:

- Възпалителни заболявания на горния отдел на стомашно – чревния тракт /хранопровод, стомах, дванадесетопръстник/.
- Функционални смущения на стомашно – чревния тракт.
- Неопластични заболявания на стомашно – чревния тракт.

3. ВЪЗМОЖНИ РИСКОВЕ И УСЛОЖНЕНИЯ:

Обичайно манипулацията се понася добре от пациента и е безопасна.

Неприятните усещания при въвеждане на гастродуоденоскопа в устната кухина са свързани с естествени рефлексии. Много рядко могат да настъпят:

- Болка, сърцебиене, прилошаване.
- Алергична реакция при използване на анестетици – локални или общи.
- Описани са единични случаи в световната практика на перфорация на оглежданите органи.

Ако в резултат на извършването изследване настъпят усложнения, ще Ви бъде осигурено адекватно лечение до пълно възстановяване.

4. АЛТЕРНАТИВНИ МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Алтернатива на ФГДС е рентгеноконтрастното изследване на стомашно-чревния тракт с бариева суспензия.

5. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

ФГДС може да бъде преустановена във всеки момент от извършването при състояния, застрашаващи здравето на пациента, а също така и при нежелание за продължаване от страна на пациента.

СЪГЛАСИЕ ЗА МЕДИЦИНСКА ПРОЦЕДУРА

ТРИТЕ ИМЕНА НА ПАЦИЕНТА:

ДАТА НА РАЖДАНЕ:.....ЕГН:.....

АДРЕС:.....

1. С настоящето съгласие упълномощавам лекуващите ме лекари да извършат следната медицинска процедура:
.....
2. В случаи на необходимост от извършването на други медицински процедури в хода на лечението ми, упълномощавам лекуващите ме лекари по тяхна преценка да извършат подходящата процедура в интерес на моето здраве, освен в следните случаи:
.....
3. Съгласен съм да се прилагат анестетиците, които са необходими или препоръчани от анестезиолога с изключение на:
.....
4. Същността на заболяването, целта на процедурата, възможните алтернативни методи на лечение, резултатите и възможните рискове и усложнения са ми обяснени от лекаря. На моите въпроси относно възможните изходи се отговори задоволително.
5. Аз съзнавам, че медицината не е точна наука и потвърждавам, че няма гаранции относно резултатите от медицинската процедура.
6. Всички отстранени тъкани могат да бъдат на разположение на болницата за изследване, съгласно обичайната практика, включително и за научни проучвания, освен в следните случаи:
.....
.....

ПОДПИС НА ПАЦИЕНТ 

Декларирам, че персонално съм обяснил на пациента естеството на заболяването, медицинските процедури, които ще се извършат, включително и рисковете и алтернативните методи на лечение.

ДАТА:.....

ПОДПИС НА ЛЕКАРЯ:.....

Б о л
Л О З

1407 София, ул. "Козак" №1, тел.: (02)

Информация за медицинските услуги, които се предоставят

Н

ми обясниха, че страдам от:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> вродена малформация | <input type="checkbox"/> тъкачен дефект |
| <input type="checkbox"/> възпалително | <input type="checkbox"/> следтравматично |
| <input type="checkbox"/> дегенеративно | <input type="checkbox"/> спешно животозастрашаващо |
| <input type="checkbox"/> доброкачествено | <input type="checkbox"/> малигнено |

заболяване, което се лекува по хирургичен път.

Целта на оперативната интервенция ще бъде.....

а очакваните резултати.....

Операцията за опериращия екип е: ☐ рутинна ☐ сравнително рядка ☐ уникална
и ще се извърши в: ☐ планов порядък ☐ спешен порядък

Освен преимуществено по оперативен начин, заболяването може да се лекува:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> медикаментозно | <input type="checkbox"/> чрез лъчетерапия |
| <input type="checkbox"/> чрез химиотерапия | <input type="checkbox"/> чрез физиолечение |
| <input type="checkbox"/> чрез балнеолечение | <input type="checkbox"/> мануална терапия |
| <input type="checkbox"/> нетрадиционна медицина | <input type="checkbox"/> по друг начин |

Планира се да ми бъде направена.....

операция, която е: ☐ с особено голяма сложност ☐ сложна ☐ не особено сложна

хирургична интервенция, като в зависимост от обстоятелствата, възникнали по време на операцията, може да се наложат промени.

Евентуалните рискове от нея най-често са:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> инфекциозни усложнения | <input type="checkbox"/> сърдечно-съдови усложнения |
| <input type="checkbox"/> белодробни усложнения | <input type="checkbox"/> бъбречни усложнения |
| <input type="checkbox"/> хирургични усложнения | <input type="checkbox"/> смъртен изход |

Резултатите от операцията не могат да бъдат абсолютно гарантирани. Усложнения могат да възникнат, както по време на оперативната намеса, така и часове, дни, седмици или месеци след нея и може да изискват допълнително лечение.

Лекарите дадоха уверение, че операцията ще бъде извършена съгласно най-добрите хирургични стандарти за страната и че резултатите от изследванията, оперативната интервенция и лечението ще бъдат запазени в тайна, съгласно правилата на добрата клинична практика, освен ако не представляват опасност за околните и обществото.

След като получих тези обяснения и се запознах с документ „Информация за пациента(родителя,настойника,попечителя) от клиничната пътека, имах възможност да задам други интересувашни въпроси и получих удовлетворяващ ме отговор на тях.

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министерски съвет

Б о л и ц а
Д О З Е Н Е ЦL O Z E N E T S
H o s p i t a l

hq@uni-hospital.government.bg

1407 София, ул. "Козяк" No 1 тел.: (02) 9607-607 факс: (02) 962-4771

Директор Проф. д-р Любомир Спасов, д.м.

на

обя

☐ вродена малформация☐ тъканен дефект☐ възпалително☐ следтравматично☐ дегенеративно☐ спешно животозастрашаващо☐ доброкачествено☐ малигнено

Заболяване, което се лекува по хирургичен път.

Целта на оперативната интервенция ще бъде

а очакваните резултати

Операцията за опериращия екип е:

☐ рутинна☐ сравнително рядка☐ уникална

и ще се извърши в:

☐ планов☐ спешен порядък

Освен преимуществено по оперативен начин заболяването може да се лекува:

☐ медикаментозно☐ чрез лъчетерапия☐ чрез химиотерапия☐ чрез физиолечение☐ чрез балнеолечение☐ мануална терапия☐ нетрадиционна медицина☐ по друг начин

Планира се да ми бъде направена лапароскопска хирургична операция, която е:

☐ с особено голяма сложност☐ сложна☐ не особено сложна хирургична

В зависимост от обстоятелствата, възникнали по време на операцията, може да се наложат промени. Поради технически затруднения или по медицински индикации лапароскопската операция може да премине в конвенционална хирургична операция с отваряне (разрез) на коремната кухина!

Евентуалните рискове от нея най-често са:

☐ инфекциозни усложнения☐ сърдечно-съдови усложнения☐ белодробни усложнения☐ бъбречни усложнения☐ хирургични усложнения☐ смъртен изход

Резултатите от операцията не могат да бъдат абсолютно гарантирани. Усложнения могат да възникнат, както по време на оперативната намеса, така и часове, дни, седмици или месеци след нея и може да изискват допълнително лечение.

Лекарите дадоха уверение, че операцията ще бъде извършена съгласно най-добрите хирургични стандарти за страната и че резултатите от изследванията, оперативната интервенция и лечението ще бъдат запазени в тайна, съгласно правилата на добрата клинична практика, освен ако не представляват опасност за околните и обществото.

След като получих тези обяснения и се запознах с документ „Информация за пациента (родителя/настойника/попечителя)“ от клиничната пътека, имах възможност да задам други интересувачи ме въпроси и получих удовлетворяващ ме отговор на тях

☒ СЪГЛАСЕН СЪМ☐ ОТКАЗВАМ

ДА БЪДА ОПЕРИРАН

Подпис

Лекуващ лекар:

Свидетел

Началник клиника:

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ В
УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА „ЛОЗЕНЕЦ” В ПРИСЪСТВИЕТО
НА СТУДЕНТИ

Долуподписаният/а

Декларирам:

1. Запознат съм, че Университетска болница „Лозенец” е клинична база към медицинският факултет при СУ „Климент Охридски” и в нея се провежда практическа работа със студенти.

2. Университетска болница „Лозенец” може да използва и обобщава медицинската документация от провежданото ми лечение за научни цели, при спазване на Закона за защита на личните данни.

Дата 13.10.19 г.

Декларатор

Б о л н и ц а
Л О З Е Н Е Ц



L O Z E N E T S
H o s p i t a l

1407 София, ул. "Котак" №1, тел. (02) 9607-607, факс (02) 962-4771, <http://uni-hospital.government.bg>, www.uni-hospital.government.bg
Директор Проф. Д-р. Любомир Спасов, д. м.

ДЕКЛАРАЦИЯ

за информирано съгласие

към Карта за регистрация и заплащане на стационарно лечение №.....от.....

ИЗДАНА ОТ
ДК

Адрес по местоживее

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Съгласенето си да бъда лекуван/а в УБ „Лозенец“ като задължително здравноосигурено лице съгласно Закона за здравето и осигуряване (ЗЗО).
2. Запознат/а съм с рисковете от провеждане на лечението и възможните резултати от него.
3. Запознат/а съм с условията и реда за оказване на медицинска помощ в УБ „Лозенец“.
4. Редовно съм внасял/а и продължавам да внасям задължителните здравноосигурителни вноски съгласно ЗЗО.
5. Информирани/а съм, че за всеки проведен ден болнично лечение трябва да заплати сума в размер на 5.80/пет лева и 80 ст./, но за не повече от 10 дни годишно, освен ако не попадам в списъка на лицата, освободени от заплащане на тази сума съгласно чл.37,ал.3 от ЗЗО.
6. В случай, че се установи, че съм с прекъснати здравноосигурителни права, поради невнасяне на задължителните здравноосигурителни вноски, се задължавам да заплатя стойността на оказаното ми лечение по ценоразписа на УБ „Лозенец“, в деня на изписването ми от лечебното заведение.
7. За неверни данни поема отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.

Подпис на пациент
/или негов законен представител

Подпис

Име и фамилия на лекар

Дата 13.10.19

Гр.София

Болница
ЛОЗЕНЕЦLOZENETS
Hospital1407 София, ул. "Козак" №1, тел.: (02) 9607-607, факс: (02) 962-4771, hq@uni-hospital.government.bg, www.uni-hospital.government.bg

Директор Проф. Д-р Любомир Спасов

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за доплащане на протезни материали и за заплащане на скъпоструващи медицински
консумативи, невключени в цената

1. Във връзка с прилагане на НРД, съм информиран, че при лечението ми по клинична пътека се налага да доплатя/заплатя стойността на следните протезни материали или консумативи:

№КП	Наименование на КП	Консуматив код	Вид консуматив	Цена с ДДС	Заплащане от НЗОК	Сума запл.от пациента
		15016	шотен съшивател	45.75	—	45.75

2. Информирани съм, че при лечението могат да бъдат открити и други по-различни фактори и състояния, които изискват допълнителни или различни от планираните процедури. При така възникнали ситуации и необходимост от използване на други или допълнителни протезни материали, консумативи с по-висока цена, съм съгласен да доплатя разликата.

3. Информирани съм, че заплащането става на касата в Приемната на болницата, преди изписване от клиниката, за което се издава фактура.

4. Информирани съм, че ако не бъдат използвани заплатените протезни материали, консумативи, или се използват такива с по-ниска цена, заплатената сума/разлика се възстановява

Дата: 15.10.19

Гр. София

По.....
.....ен представител/

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ
ЗА ПРЕЛИВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ**

Уважаеми господине (госпожо),

Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу. Вие имате правата да получите от лекуващия лекар всякаква информация за процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки, обстоятелства, които я налагат, целта на преливането и очаквания резултат, възможните нежелани реакции, усложнения и потенциални рискове, свързани с преливането, алтернативните методи на лечение и рисковете от тях, прогнозите, в случай че не ми се извърши кръвопреливане. Тази информация Ви е необходима относно последствията от съгласието Ви.

I. Получил съм

ДЕКЛАРИРАМ следното:

1. Получил съм достатъчно информация относно процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки ("кръвопреливане").
 2. Получил съм достатъчно информация за причините, които налагат преливане на кръв и кръвни съставки.
 3. Разяснена ми е целта на преливането и очаквания резултат.
 4. Разяснено ми е, че при предстоящото преливане на кръв и кръвни съставки, независимо от всички предприети мерки е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения.
 5. Разяснени са ми съществуващите алтернативи, техните възможности и последствия, произтичащи от тях.
 6. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да ми бъде извършено преливане на кръв или кръвни съставки.
- Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.

*II. Декларирам, че подписвам декларацията като законен представител (попечител) на

ЕГН:

лицето, на което ще бъде прелята кръв (кръвна съставка) по мое съгласие.

Съставено в

(обект, поименование)

гр.

в 15.10.19 г. часа на дата

h n

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №2

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА	ДА	НЕ
Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?		X
13. Имате ли заболяване на черния дроб?	X	
Пожълтявали ли сте някога?	X	
Прекарвали ли сте вирусен хепатит?	X	
Имате ли цироза?	X	
14. Имате ли бъбречно заболяване?	X	
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?		X
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		X
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване?		X
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		X
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		X
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		X
21. Боледувате ли от СПИН?		X
22. Боледувате ли от язва?		X
23. Кървите ли продължително при нараняване?		X
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?	X	
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъб		X
26. Имате ли рязка промяна в телесното тегло?	X	
27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?	X	
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		X
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		X

II. Физикален преглед:

Артериално налягане..... Пулс..... Дихателна честота..... Темп.....
 Сърце..... Бели дробове (дишане).....
 Дихателни пътища.....
 Крайници.....
 Други.....

III. Лабораторни изследвания:

Кр. урея.....
 Електролити.....
 ЕКГ.....
 Ro - графии.....
 Други.....

Анестезиологичен риск - ASA клас

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве, контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, не влияещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа с или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).



И.З. №

Отделение.....Стаж.....

Лекуващ лекар (оператор).....


Диагноза.....

1. Въпросник за пациента:

Опериран(а) ли сте досега?		Вид упойка (местна, обща)		
Кога	Къде	Операция		
ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА			ДА	НЕ
1. Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?				X
2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?			X	
3. Имате ли придружаващи заболявания?			X	
4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства: (като се посочват по възможност точно)				X
5. Прием на лекарства в момента - какви?			X	
6. Прием на лекарства в миналото - какви?				X
7. Привикнали ли сте към:				
Алкохол				X
Тютюнопушене			X	
Наркотици				X
8. Страдате ли от заболявания на ЦНС?				X
Прекара ли сте иномулт?				X
Имате ли парези?				X
Имали ли сте травми на главата?				X
9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?				X
Имате ли миастения гравис?				X
Имали ли сте гърчове и с какво сте се лекували?				X
10. Боледувате ли от психични заболявания?				
11. Имате ли заболявания на дихателната система?				
Повишена температура през последните две седмици				X
Хрема, болки в гърлото, кашлица			X	
Имате ли задух?				X
Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа				X
Имате ли бронхиална астма				X
Имате ли бронхит или пневмония				X
Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?				X
12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?				
Високо артериално налягане и с какво го лекувате?				X
Прекарвали ли сте инфаркт и/или...				X

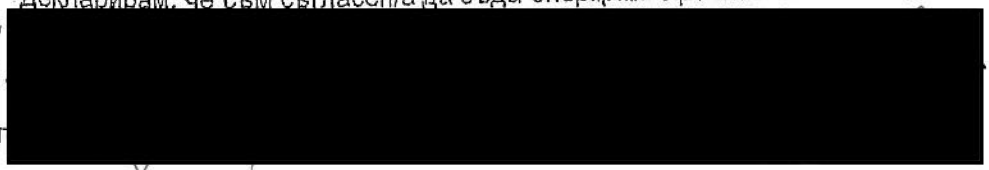
Доклад от клиничен преглед и подготовка за анестезия:

Сигурна и висок индикатор
при риск от смърт 50%
Бези пълноценен член
намалява функционалността
Без изследвания!

Анестезиолог: 

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТА:

Декларирам, че съм съгласен/а да бъда опериран/а с регионална или обща анестезия,
както
Име
Подп



Забележка: Този лист се попълва съгласно медицински стандарт "Анестезия и Интензивно лечение" регламентиран със заповед на Министъра на Здравеопазването №РД-09-511 от 19.07.2001 г и съобразно специфичните нуждите и особености на лечебното заведение.