



**Από:** Γραμματεία Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ» και του διασυνδεδόμενου σε αυτό Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

**Πληροφορίες:** Κυνηγαλάκη Ειρήνη - Σπανού Μαρία

**Τηλέφωνο:** 213-20.58.113 -

**E-Mail:** [gram-ds@sismanoglio.gr](mailto:gram-ds@sismanoglio.gr)

[gram-ds1@sismanoglio.gr](mailto:gram-ds1@sismanoglio.gr)

Αρ. Πρ. Γρ. Δ.Σ.: 1046/13-11-17

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**ΑΔΑ:**

**ΠΡΟΣ:** Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης  
**ΚΟΙΝ.:** 1. Γραμματεία Δ.Σ., 2. Αν/τη Διοικητή «Αμαλία Φλέμιγκ», 3. ΔΔΥ «Αμαλία Φλέμιγκ»

### **ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ**

της υπ' αριθμ. **36/08-11-2017** τακτικής συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γ.Ν. Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ» και του διασυνδεδόμενου σε αυτό Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

Σήμερα, 08 Νοεμβρίου, ημέρα της εβδομάδας Τετάρτη και ώρα 2:30 μμ, συνεδριάζει σε τακτική συνεδρίαση, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου **κ. Κουταλά Εμμανουήλ**, το Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ» και του διασυνδεδόμενου σε αυτό Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης, όπως αυτό ορίσθηκε με την υπ. αριθ. Α2β/Γ.Π.73604/04-10-2016 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 532 τ. ΥΟΔΔ/10-10-2016), στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «Σισμανόγλειο» στο Μαρούσι Αττικής.

**Παρόντες**, είναι οι κ.κ. **1. Κουταλάς Εμμανουήλ**, Πρόεδρος Δ.Σ., **2. Τριγώνης Ευάγγελος** Αντιπρόεδρος του Δ.Σ., **3. Σαρισαβίδης Λάζαρος**, τακτικό μέλος του Δ.Σ., **4. Μαγριπλής Δημήτριος**, τακτικό μέλος του Δ.Σ., **5. Φειδοπιάστης Αντώνης**, τακτικό μέλος του Δ.Σ., **6. Λιβαδάς Κωνσταντίνος**, τακτικό μέλος του Δ.Σ, εκπρόσωπος των ιατρών, **7. Μαλίνογλου Νικόλαος**, τακτικό μέλος του Δ.Σ., εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού, παρών στα θέματα 1 – 17 ΕΗΔ και στα 26 – 29, 43 και 44 ΗΔ.

**Χρέη Γραμματέα** εκτελεί η υπάλληλος κλάδου ΠΕ Διοικητικού – Οικονομικού, Κυνηγαλάκη Ειρήνη

Αφού διαπιστώνεται η ύπαρξη απαρτίας αρχίζει η συνεδρίαση.

### **ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ**

**Θέμα 31<sup>ο</sup>:** Συμπλήρωση και υπογραφή εντύπου συγκατάθεσης ασθενούς

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ» και του διασυνδεδόμενου σε αυτό Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης, αφού έλαβε υπόψη την αριθμ. 8635/26-10-17 εισήγηση του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, η οποία αναφέρει

**ΘΕΜΑ** : Συμπλήρωση και υπογραφή εντύπου συγκατάθεσης ασθενούς

**ΣΧΕΤ :** α) το υπ' αριθ. πρωτ. Υ4α/οικ. 34225/15.04.2013 έγγραφο Υπουργείου Υγείας

β) το υπ' αριθ. πρωτ. 12718/10.05.2013 (ημετ. 11645/13.05.2013) έγγραφο 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ

γ) Πρακτικά Επιτροπής Ποιότητας 23/03/2017

δ) το με αρ. πρωτ. 2313/30.03.2017 έγγραφό μας

ε) το με αρ. πρωτ. 2463/05.04.2017 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου

στ) το με αρ. πρωτ. 4934/27.06.2017 έγγραφο Επιστημονικού Συμβουλίου



Ζ) το με αρ. πρωτ. 7594/26.09.2017 έγγραφό μας.

Με το (α) σχετικό, που διαβιβάζεται με το (β) σχετικό, το Υπουργείο Υγείας (Δ/νση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας) υπενθυμίζει ότι το έντυπο συγκατάθεσης ασθενή πρέπει να συμπληρώνεται και να υπογράφεται από τον ασθενή ή τον κηδεμόνα του ή το συγγενικό του περιβάλλον, σε περίπτωση ανικανότητας, πριν από οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση, αφού προηγουμένως έχει διαβαστεί και ερμηνευθεί από τον θεράποντα ιατρό στους υπογράφοντες, ώστε να μην αμφισβητείται η πλήρης ενημέρωση και συναίνεσή τους. Εξαιρέση αποτελούν μόνο οι επείγουσες περιπτώσεις.

Με το (γ) σχετικό η Επιτροπή Ποιότητας της ΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ» συζήτησε το θέμα της εφαρμογής διαδικασίας ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή μετά από πληροφόρηση πριν από τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις παρεμβάσεις, σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Με το (δ) σχετικό απευθύνθηκε αίτημα στο Επιστημονικό Συμβούλιο για σχετική γνωμοδότηση. Το Επιστημονικό Συμβούλιο με το (ε) σχετικό διένευε ενυπόγραφα το σχετικό (δ) στους Υπεύθυνους των Ιατρικών Τμημάτων, για να ενημερωθούν για τις απαιτούμενες διαδικασίες ενημέρωσης και συναίνεσης των ασθενών πριν από κάθε ιατρική πράξη. Επιπλέον, το Επιστημονικό Συμβούλιο με το (στ) σχετικό γνωστοποίησε στους υπεύθυνους των Ιατρικών Τμημάτων για την ομόφωνη απόφαση ότι για τις ιατρικές πράξεις κατά τις οποίες απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεση του ασθενή έπειτα από ενημέρωση, υπογεγραμμένη είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από κηδεμόνα ή το συγγενικό του περιβάλλον, το ενυπόγραφο «Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενούς» θα πρέπει να συμπληρώνεται και η συγκατάθεση να λαμβάνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εν λόγω πράξη.

Τέλος, με το (ζ) σχετικό έγγραφό μας ζητήθηκε, από τον Διευθυντή του Χειρουργικού τομέα και τον Διευθυντή του Παθολογικού Τομέα, εφόσον υπάρχουν, να υποβάλουν παρατηρήσεις ή διορθώσεις επί των προτεινόμενων εντύπων μέχρι 06/10/2017, για να υποβληθεί σχετική εισήγηση έγκρισης στο Διοικητικό Συμβούλιο. Δεν υποβλήθηκαν παρατηρήσεις.

Μετά από τα παραπάνω και έχοντας υπόψη :

**Α) Το ΦΕΚ 287 τ.Α της 28<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2005**, όπου δημοσιεύτηκε ο Νόμος 3418 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» και στο Κεφάλαιο Γ' «Σχέσεις Ιατρού και Ασθενή» στα άρθρα 11 και 12 γίνεται αναφορά στην υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή από τον ιατρό και στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.

Συγκεκριμένα :

- Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης
  1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για το πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων.
  2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.
  3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.
  4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.
- Άρθρο 12 Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή



1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

2. Προϋποθέσεις της έγκρισης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:

α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.

β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.

αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση τού ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παρ. 3 του αρ. 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου.

ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης δίδεται από το δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία τού ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

Γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

Δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

- στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας.

- στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

- αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορούν για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσουν ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για την ζωή ή την υγεία του ασθενή.

### **Β) το άρθρο 47 παρ. 3 και του Νόμου 2071/1992 (ΦΕΚ 123<sup>Α</sup>/15.07.1992)**

«Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», όπου αναφέρεται ότι «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του» και «Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή».

**Γ) το γεγονός ότι τα έντυπα συγκατάθεσης επεξεργάστηκαν και προσαρμόστηκαν**, από το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, σύμφωνα με τα προτυποποιημένα Έντυπα Ενιαίας Λειτουργίας των Νοσοκομείων-Μέρος Β' παρ. 3. Έντυπα Ιατρικής Υπηρεσίας, περ. 3.3. Συγκατάθεση και άρνηση θεραπείας, που εκδόθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το έτος 2005.



**Δ) το γεγονός ότι τα προσαρμοσμένα έντυπα συγκατάθεσης υποβλήθηκαν** για έλεγχο και επεξεργασία στους Διευθυντές των Ιατρικών Τομέων και δεν υποβλήθηκαν σχόλια, παρατηρήσεις, συμπληρώσεις και διορθώσεις.

**Ε) το γεγονός το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχει γνωμοδοτήσει θετικά και έχει προτείνει την πλήρη εφαρμογή του μέτρου.**

## Εισηγούμαστε

1. την έγκριση των παρακάτω εντύπων συγκατάθεσης/άρνησης θεραπείας :
  - 1.1. Δήλωση συγκατάθεσης ασθενούς για διαγνωστική η θεραπευτική πράξη Νο 1.
  - 1.2. Δήλωση συγκατάθεσης για χορήγηση αναισθησίας Νο 2.
  - 1.3. Δήλωση συγκατάθεσης για χειρουργική πράξη Νο 3.
  - 1.4. Δήλωση άρνησης θεραπείας Νο 4.
2. Τα έντυπα θα υπογράφονται από τον ασθενή, αφού ο θεράπων Ιατρός τον ενημερώσει και τον πληροφορήσει πλήρως, για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή τις επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για το πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων.
3. Ο θεράπων Ιατρός θα ενημερώνει τον ασθενή στο Τμήμα ή στη Μονάδα που εισάγεται για νοσηλεία.
4. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω της φύσης των περιστατικών (επείγοντα) δεν θα ζητείται υπογραφή έντυπου συγκατάθεσης. Ο θεράπων Ιατρός, ωστόσο, είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τον ασθενή ή τους συγγενείς του ή κατά περίπτωση όποιον τον συνοδεύει για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, όπως περιγράφεται στην παρ. 2.
5. Στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ο θεράπων Ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή και να συναινέσει υπογράφοντας το έντυπο συγκατάθεσης Νο 1 σε περίπτωση που προβεί σε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη (π.χ. βρογχοσκόπηση, γαστροσκόπηση, χειρουργική επέμβαση, αξονική τομογραφία, ακτινογραφία με χορήγηση σκιαγραφικού, κ.α.).
6. Σε οποιοδήποτε Τμήμα (είτε ιατρικό, είτε εξωτερικό ιατρείο) ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την παροχή θεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής πρέπει να υπογράψει το έντυπο Νο 4.
7. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της.
8. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.
9. Τα έντυπα μπορούν να εκτυπώνονται στους εκτυπωτές των γραφείων των Τμημάτων ή των Μονάδων ή των Ιατρείων. Συμπληρώνονται δε εις διπλούν και το ένα κρατά ο υπογράφων ασθενής (ή άλλο πρόσωπο) και το άλλο συνοδεύει τον φάκελο του ασθενή.
10. Την ενυπόγραφη ενημέρωση όλων των Συντονιστών Διευθυντών και υπεύθυνων Διευθυντών των Ιατρικών Τμημάτων και Μονάδων του Παθολογικού Τομέα, του Χειρουργικού Τομέα και της Συντονίστριας Διευθύντριας του Απεικονιστικού Τμήματος. Οι ανωτέρω υπεύθυνοι έχουν υποχρέωση με τη σειρά τους να ενημερώνουν τους Ιατρούς αρμοδιότητάς τους και να εποπτεύουν την τήρηση της εφαρμογής.



11. Η εφαρμογή της τήρησης των εντύπων συγκατάθεσης δεν έχει σκοπό να επιβαρύνει την λειτουργία των Ιατρών, αλλά να την διασφαλίσει και να μην αμφισβητείται το έργο και η ευσυνειδησία τους. Επίσης, έχει σκοπό να διασφαλίσει θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών.
12. Την προσαρμογή της εφαρμογής της τήρησης των εντύπων συγκατάθεσης μέχρι 31/12/2017 και την υποχρεωτική εφαρμογή από 01/01/2018.

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>                 | <b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:</b><br><b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b><br><b>ΟΝΟΜΑ:</b><br><b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:</b><br>(αναγράψτε ή επικόλληση bar code)   | <b>ΗΛΙΚΙΑ:</b><br><b>ΦΥΛΟ:</b> <input type="checkbox"/> <b>ΑΝΔΡΑΣ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b><br><b>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:</b><br><b>ΘΑΛΑΜΟΣ:</b><br><b>ΚΛΙΝΗ:</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΕΠΕΙΓΟΝ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΤΑΚΤΙΚΟ</b> |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b> | <input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής<br><input type="checkbox"/> Συγγενής<br><input type="checkbox"/> Βαθμός Συγγένειας<br><input type="checkbox"/> Φίλος/Σύντροφος<br><input type="checkbox"/> Επώνυμο<br><input type="checkbox"/> Όνομα<br><input type="checkbox"/> Τηλέφωνο | Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή :   |

#### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, τον σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες των συνιστώμενων από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων:

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού Νοσηλευτικού Τμήματος/Μονάδας:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους, χωρίς να αναγνωρίζονται τα χαρακτηριστικά μου.

#### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αναγκαιότητα – σκοπός (επιλέξτε πέραν της μια επιλογής, εφόσον απαιτείται):

**ΕΛΕΓΧΟΣ**  **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**  **ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**  **ΑΛΛΟ**

Τρόπος διενέργειας :  **Καθετηριασμός**  **Λήψη βιολογικού δείγματος**  **Ακτινογραφικός έλεγχος**  **Αξονική Τομογραφία**  **Μαγνητική Τομογραφία**  **Άλλο (περιγράψτε)**

Πιθανές επιπλοκές

**ΛΕΥΚΟ:** ΤΜΗΜΑ **ΡΟΖ:** ΑΣΘΕΝΗΣ **ΚΙΤΡΙΝΟ:** ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ



Ημερομηνία :  
Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

|   |  |   |
|---|--|---|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ<br>ΑΣΘΕΝΗ                          | ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:<br>ΕΠΩΝΥΜΟ:<br>ΟΝΟΜΑ:<br>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:<br>(αναγράψτε ή επικόλληση bar code)   | ΗΛΙΚΙΑ:<br>ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ<br>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:<br>ΘΑΛΑΜΟΣ:<br>ΚΛΙΝΗ:<br><input type="checkbox"/> ΕΠΕΙΓΟΝ <input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ |
|   | <input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής<br><input type="checkbox"/> Συγγενής<br>Βαθμός Συγγένειας<br><input type="checkbox"/> Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε) | Επώνυμο<br>Όνομα<br>Τηλέφωνο  |
| Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή: |  |   |

### 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 της αναισθησίας την οποία θα λάβω :

#### ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο Ιατρού Αναισθησιολόγου:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

#### 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.
- (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.

**ΛΕΥΚΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ**

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση



### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ</b> | <b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:</b>                  | <b>ΗΛΙΚΙΑ:</b>  |
|                        | <b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b>                          | <b>ΦΥΛΟ:</b> <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ |
|                        | <b>ΟΝΟΜΑ:</b>                            | <b>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:</b>  |
|                        | <b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:</b>                     | <b>ΘΑΛΑΜΟΣ:</b>   |
|                        | <b>(αναγράψτε ή επικόλληση bar code)</b> | <b>ΚΛΙΝΗ:</b>   |
|                        |  | <input type="checkbox"/> ΕΠΕΙΓΟΝ <input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ             |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b> | <input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής                    | <b>Επώνυμο</b><br><b>Όνομα</b><br><b>Τηλέφωνο</b> |
|  | <input type="checkbox"/> Συγγενής<br><b>Βαθμός Συγγένειας</b> |   |
|  | <input type="checkbox"/> Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε)          |   |

Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή :

**A. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟ**, για την προτεινόμενη χειρουργική πρακτική και τους κινδύνους της.

Ο/Η υπογεγραμμένος/η Ιατρός Χειρουργός

δηλώνω ότι ενημέρωσα τον/την ανωτέρω ασθενή ότι σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα, κατά τη γνώμη μου, η ενδεικνυόμενη χειρουργική πρακτική για την ανωτέρω χειρουργική πάθηση είναι ή

Σε μερικές περιπτώσεις και ανάλογα με την πορεία της επέμβασης και τα χειρουργικά ευρήματα μπορεί να είναι αναγκαίο να αλλάξει η προτεινόμενη τεχνική για το καλό του ασθενούς.

Επίσης, πιθανόν να χρειαστούν πρόσθετες ιατρικές ή διαγνωστικές πράξεις, όπως μετάγγιση αίματος, τοποθέτηση κεντρικής αγγειακής γραμμής, εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, εscr, αξονική τομογραφία, κατευθυνόμενη παροχέτευση, άλλη πράξη.....

Η σύγχρονη χειρουργική πρακτική συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό ασφαλείας έτσι ώστε οι πιθανές επιπλοκές και οι προσωρινές ή μόνιμες βλάβες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών να είναι σπάνιες. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι υπάρχουν επιπλοκές από τη χειρουργική παρέμβαση, που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και πιθανότητα θανάτου και είναι : αιμορραγία, κάκωση παρακείμενων ανατομικών δομών, λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου, επανεγχείριση, επιπλοκές που έχουν σχέση με συνυπάρχοντα νοσήματα, άλλες.....

Εάν γνωρίζετε ότι υπάρχουν άλλοι κίνδυνοι που δεν σας έχουν αναφερθεί ρωτήστε τον Χειρουργό.

Ο/Η Χειρουργός..... Ημερομηνία ...../...../.....

#### **B. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ασθενής αφού ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ, από τον ανωτέρω Χειρουργό για την προτεινόμενη χειρουργική πρακτική, τις εναλλακτικές δυνατότητες, τις πιθανές περιεχειρητικές επιπλοκές και κινδύνους και αφού κατανόησα τις εξηγήσεις που δόθηκαν σε σχετικά ερωτήματά μου, δηλώνω ότι 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 . Ιδιαίτερες παρατηρήσεις ή επιθυμίες μου είναι.....

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.

2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.

3. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος ή προϊόντων του αίματος, κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.

4. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΛΕΥΚΟ : ΑΣΘΕΝΗΣ-ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ : ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Σε περίπτωση που ο ασθενής ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙ να ενημερωθεί από τον Χειρουργό για την προτεινόμενη χειρουργική πρακτική, αλλά ΣΥΝΑΙΝΕΙ.Δηλώνω ότι δεν επιθυμώ να ενημερωθώ από τον Χειρουργό, για την οποιαδήποτε χειρουργική πράξη και ο λόγος είναι.....

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση

### ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



|  |   |   |
|--|---|---|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ<br>ΑΣΘΕΝΗ   | ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:<br>ΕΠΩΝΥΜΟ:<br>ΟΝΟΜΑ:<br>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:<br>(αναγράψτε ή επικόλληση bar code)  | ΗΛΙΚΙΑ:<br>ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ<br>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:<br>ΘΑΛΑΜΟΣ:<br>ΚΛΙΝΗ:<br><input type="checkbox"/> ΕΠΕΙΓΟΝ <input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ |
|  | <input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής<br><input type="checkbox"/> Συγγενής<br><b>Βαθμός Συγγένειας</b><br><input type="checkbox"/> Άλλος (αναφέρετε, εξηγήστε) | Επώνυμο<br>Όνομα<br>Τηλέφωνο  |
| Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή :   |   |   |
| <b>ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ</b><br>Ο υπογράφων δηλώνω ότι δε δέχθηκα να υποβληθώ ή να υποβληθεί ο ασθενής σε :<br><input type="checkbox"/> Διαγνωστικές εξετάσεις <input type="checkbox"/> Θεραπευτική αγωγή <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική αγωγή <input type="checkbox"/> Χειρουργική επέμβαση <input type="checkbox"/> Άλλη ιατρική πράξη<br>Που μου/του συστήθηκε, παρά την αντίθετη σύσταση των θεραπόντων Ιατρών και παρόλο που μου/του εξηγήθηκαν οι κίνδυνοι από την παραπάνω άρνησή μου/του.<br>Για το λόγο αυτό αποχωρώ με δική μου/μας ευθύνη του Νοσοκομείου |   |   |
| Υπογραφή   |   |   |
| 'Η επιθυμώ/επιθυμεί τη συνέχιση της θεραπείας μου/του ασθενή σύμφωνα με τις περαιτέρω υποδείξεις των ιατρών  |   |   |
| Υπογραφή   |   |   |
| Επιπλέον, απαλλάσσω/απαλλάσσουμε κάθε ευθύνης τους θεράποντες ιατρούς και τους συνεργάτες τους για τις τυχόν συνέπειες της άρνησής μου/μας να συμμορφωθώ/συμμορφωθούμε στις συστάσεις τους   |   |   |
| Υπογραφή   |   |   |
| Μάρτυρας ή Μάρτυρες  | Υπογραφή ασθενή, συζύγου, ασθενή ή άλλου προσώπου (επιλέξτε)  | Συγγένεια   |

Ημερομηνία :

Και μετά από διαλογική συζήτηση το Δ.Σ.  
λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω εισήγηση



### αποφασίζει ομόφωνα

1. Εγκρίνει τα παραπάνω έντυπα συγκατάθεσης/άρνησης θεραπείας
  - 1.1 Δήλωση συγκατάθεσης ασθενούς για διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη Νο 1.
  - 1.2 Δήλωση συγκατάθεσης για χορήγηση αναισθησίας Νο 2.
  - 1.3 Δήλωση συγκατάθεσης για χειρουργική πράξη Νο 3.
  - 1.4 Δήλωση άρνησης θεραπείας Νο 4.
2. Τα έντυπα θα υπογράφονται από τον ασθενή, αφού ο θεράπων Ιατρός τον ενημερώσει και τον πληροφορήσει πλήρως, για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή τις επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για το πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων.
3. Ο θεράπων Ιατρός θα ενημερώνει τον ασθενή στο Τμήμα ή στη Μονάδα που εισάγεται για νοσηλεία.
4. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω της φύσης των περιστατικών (επείγοντα) δεν θα ζητείται υπογραφή έντυπου συγκατάθεσης. Ο θεράπων Ιατρός, ωστόσο, είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τον ασθενή ή τους συγγενείς του ή κατά περίπτωση όποιον τον συνοδεύει για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, όπως περιγράφεται στην παρ. 2.
5. Στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ο θεράπων Ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή και να συναινέσει υπογράφοντας το έντυπο συγκατάθεσης Νο 1 σε περίπτωση που προβεί σε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη (π.χ. βρογχοσκόπηση, γαστροσκόπηση, χειρουργική επέμβαση, αξονική τομογραφία, ακτινογραφία με χορήγηση σκιαγραφικού, κ.α.).
6. Σε οποιοδήποτε Τμήμα (είτε ιατρικό, είτε εξωτερικό ιατρείο) ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την παροχή θεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής πρέπει να υπογράψει το έντυπο Νο 4.
7. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της.
8. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.
9. Τα έντυπα μπορούν να εκτυπώνονται στους εκτυπωτές των γραφείων των Τμημάτων ή των Μονάδων ή των Ιατρείων. Συμπληρώνονται δε εις διπλούν και το ένα κρατά ο υπογράφων ασθενής (ή άλλο πρόσωπο) και το άλλο συνοδεύει τον φάκελο του ασθενή.
10. Την ενυπόγραφη ενημέρωση όλων των Συντονιστών Διευθυντών και υπεύθυνων Διευθυντών των Ιατρικών Τμημάτων και Μονάδων του Παθολογικού Τομέα, του Χειρουργικού Τομέα και της Συντονίστριας Διευθύντριας του Απεικονιστικού Τμήματος. Οι ανωτέρω υπεύθυνοι έχουν υποχρέωση με τη σειρά τους να ενημερώνουν τους Ιατρούς αρμοδιότητάς τους και να εποπτεύουν την τήρηση της εφαρμογής.
11. Η εφαρμογή της τήρησης των εντύπων συγκατάθεσης δεν έχει σκοπό να επιβαρύνει την λειτουργία των Ιατρών, αλλά να την διασφαλίσει και να μην αμφισβητείται το έργο και η ευσυνειδησία τους. Επίσης, έχει σκοπό να διασφαλίσει θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών.



12. Την προσαρμογή της εφαρμογής της τήρησης των εντύπων συγκατάθεσης μέχρι 31/12/2017 και την υποχρεωτική εφαρμογή από 01/01/2018.

Το θέμα ομόφωνα επικυρώνεται σήμερα

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**

**Κυνηγαλάκη Ειρήνη**

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**

**Εμμανουήλ Κουταλάς**