



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

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

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

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, εγcr, 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, επανεγχείρηση, επιπλοκές που έχουν σχέση με συσυμπαρόντα 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 περιεγχειρητικές 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, οποιοδήποτε 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