



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	<input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής	Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή :
	<input type="checkbox"/> Συγγενής	
	<input type="checkbox"/> Βαθμός Συγγένειας	
	<input type="checkbox"/> Φίλος/Σύντροφος	
	<input type="checkbox"/> Επώνυμο	
	<input type="checkbox"/> Όνομα	
	<input type="checkbox"/> Τηλέφωνο	

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:

Όνοματεπώνυμο 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** **ΆΛΛΟ**

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

Πιθανές επιπλοκές

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ Νο 1-ΕΚΔΟΣΗ 1/23.10.2017-ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΠΟ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΤΥΠΩΝ ΕΝΙΑΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ-ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, 2005
ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ : ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΑΥΤΟΤΕΛΟΥΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΛΕΓΧΟΣ :ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ 2313/30.03.2017 ΚΑΙ 4934/27.06.2017
ΕΓΚΡΙΣΗ : ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΓΝΑ «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ-ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ» ΑΠΟΦΑΣΗ 36/08.11.2017 Θ. 31 ΗΔ