

**OŚWIADCZENIE PACJENTA  
ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG ENDOSKOPOWY-  
GASTROSKOPIA**

NAZWISKO ..... KOD ICD 10 .....

IMIĘ .....

ADRES .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie:.....

Proponowany zabieg endoskopowy: .....

Istota i cele zabiegu .....

**Najczęstsze powikłania:**

1. Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem blizny.
2. Możliwe powikłania miejscowe: krwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek lub amputacji operowanych kończyn), zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, powstanie surowiczaka, rozejście się brzegów rany, powstanie szpecącej, przerośniętej lub przykurczającej blizny, przeczulica (ból) lub zdrętwienie okolicy operowanej, przebarwienie lub zwiotczenie skóry, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.
3. Możliwe powikłania ogólnoustrojowe: zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, zakażenie łożyska naczyniowego, uogólniona odpowiedź zapalna na zakażenie miejscowe, nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.
4. Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi sposób wykonania zabiegu endoskopowego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu

--

pieczętka i podpis lekarza

Oświadczam, że:

Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu endoskopowego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowany zabieg endoskopowy.

Zgadzam się na zabieg w znieczuleniu ogólnym /przewodowym/ miejscowym.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

Zgadzam się na przeniesie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego zabiegu.

Całkowicie rozumiem, iż możliwości zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, że medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu.

Ewentualne uwagi pacjenta:.....

--

data i podpis pacjenta

--

podpis i pieczęć lekarza