

**ŚWIADOMA, DOBROWOLNA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE WLEWU
DOŻYLNego**

Nazwisko i imię pacjenta _____

PESEL: _____ Data _____

Wyrażam zgodę na podanie dożylne _____
w ilości _____

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany o celowości podania preparatu leczniczego, oczekiwanych wynikach, potencjalnych zagrożeniach i ewentualnych powikłaniach mogących wystąpić w wyniku jego podania (Załącznik 1 – ulotka dla pacjenta). Zostałem/-am poinformowany również o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć, w szczególności o możliwych powikłaniach: zakażenia drobnoustrojami z ropniem poinfekcyjnym, zatoru powietrznego, krwiaka w miejscu iniekcji, uszkodzenia nerwów i naczyń, jałowej martwicy mięśnia i tkanki podskórnej, zrostów poinfekcyjnych, reakcji uczuleniowych po podanym leku lub blizny w miejscu wykonania wkłucia. Nadto oświadczam, że zostałem/-am poinformowany o przeciwwskazaniach podania preparatu leczniczego, a także o sposobie jego podania (wlew – podanie dożylne).

Zostałem/-am poinformowany/a o możliwości wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji, w których konieczna stanie się modyfikacja zakresu czynności leczniczych, jak również o możliwości odwołania przeze mnie udzielonej uprzednio zgody na jakąkolwiek czynność związaną z diagnostyką/leczeniem

Przyjmuję do wiadomości, że każda procedura lekarska pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych powikłań, zakażeń, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku podania preparatu leczniczego.

Ponadto przed podaniem preparatu leczniczego udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na wypełnionej przeze mnie ankiecie oraz na pytania, które lekarz zadawał w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących podania preparatu leczniczego.

Oświadczam, że otrzymałem/-am ulotkę informacyjną producenta preparatu leczniczego oraz że zapoznałem/-am się z jej treścią.

Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o podanie preparatu leczniczego.

Ewentualne uwagi pacjenta.....
.....

Czytelny podpis pacjenta

Czytelny podpis osoby przeprowadzającej zabieg