



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5\_PJ16\_F92

**OŚWIADCZENIE / UTRZYMANIE ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY  
DLA PACJENTÓW Z DODATNIM WYNIKIEM NA OBECNOŚĆ KOTYNYNY W MOCZU**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

W dniu przyjęcia do Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego w próbce moczu pobranej od pacjenta/-tki wykryto obecność kotyniny.

Kotynina powstaje w wyniku rozkładu nikotyny w organizmie człowieka i jest głównym metabolitem nikotyny. Wykrycie kotyniny w moczu pacjenta jest dowodem:

- a) używania produktów tytoniowych,
- b) przyjmowania nikotyny w innej postaci i/lub
- c) ekspozycji na dym tytoniowy w ciągu ok. 14 dni przed wykonaniem badania.

W związku z dodatnim wynikiem na obecność kotyniny w pobranej próbce moczu:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a w trakcie kwalifikacji do zabiegu operacyjnego o konieczności abstynencji nikotynowej na 6-8 tygodni przed planowym zabiegiem oraz do czasu zakończenia procesu gojenia się rany pooperacyjnej.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań okołoperacyjnych wymieniowych w zgodzie na zabieg operacyjny (w szczególności zakażenia rany operacyjnej i pooperacyjnego zapalenia płuc).

Oświadczam, że zrozumiałem/-am, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym i/lub palenia papierosów na wystąpienie chirurgicznych powikłań.

Oświadczam, że świadomie godzę się na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań okołoperacyjnych oraz powikłań w trakcie procesu gojenia i/lub nieprawidłowego gojenia się rany.

Oświadczam, że będąc świadomym zwiększonego ryzyka powikłań utrzymuje zgodę na zabieg operacyjny.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza przyjmującego oświadczenie</i>

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>