



**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\_F19

**ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE**

**ZAŁOŻENIE WKŁUCIA OBWODOWEGO**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Rutynowy zabieg, który polega na nakłuciu igłą żyły i pobraniu z niej krwi

**3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Uzyskanie dostępu do naczynia żylnego, do podawania leków lub płynów, uzupełniania niedoboru płynów, elektrolitów, przetaczania krwi i preparatów.

**4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.**

Po odkażeniu skóry, unieruchomieniu pacjenta i jego obserwacji następuje nakłucie wenflonem lub igłą żyły na obwodzie ciała. Wkłucie zostaje umocowane, a wszystkie czynności odnotowane w dokumentacji - data i godzina założenia wkłucia oraz dalsza obserwacja miejsca wkłucia.

**5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem**

Możliwe, najbardziej prawdopodobne następstwa, zagrożenia i powikłania związane z zabiegiem.

- krwiak,
- uszkodzenie struktur anatomicznych przylegających do naczyń (nerwów, ścięgien),
- zakażenia miejscowe,
- zakrzepowe zapalenie żyły,
- zapalenie tkanki łącznej,
- zator powietrzny,
- wlew podany pozanaczyniowo -skurcz naczyń, przypadkowe wstrzyknięcie lub infuzja do tętnicy ze skurczem naczyń i martwicą,
- uszkodzenie skóry u bardzo niedojrzałych wcześniaków spowodowane zbyt długą ekspozycją na środek odkażający.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

#### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Brak dostępu żylnego – skutkuje brakiem możliwości ratunku i lub pomocy dla pacjenta

#### 7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Brak.

#### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Nie istnieją.

#### 9. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

#### 10. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gł.:

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

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

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji**

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

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na przeprowadzenie proponowanej operacji**

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

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwe

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gł.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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