

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY

Nazwisko i imię:

Płeć:

Data przyjęcia:

PESEL:

Data urodzenia:

Wiek:

Nr ks. Głównej:

Adres zamieszkania:

Nr ks. Oddziałowej:

ZABIEG OPERACYJNY: **Usunięcie torbieli bocznej szyi**

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta:

Torbiel boczna szyi

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Torbiel boczna szyi jest wadą wrodzoną i w większości przypadków jest to niebolesny sprężysty guz na bocznej powierzchni szyi. Powikłaniem jej naturalnego przebiegu może być nagły, szybki wzrost lub stan zapalny, obejmujący wszystkie sąsiednie tkanki. Leczenie torbieli polega na chirurgicznym usunięciu. Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Cięcie skórne na szyi jest poziome, wielkość zależy od wielkości torbieli.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Nie ma alternatywnej metody leczenia.

Wskazania i przeciwwskazania (właściwe zaznaczyć)

WSKAZANIA:

- zniekształcenie zarysu szyi i jej asymetria
- ucisk powiększającej się torbieli na nerw błędny lub żyłę szyjną wewnętrzną
- bóle głowy i ucha
- trudności w połykaniu, mówieniu i oddychaniu
- skóra pokrywająca zmianę jest ucieplona i zaczerwieniona

PRZECIWWSKAZANIA:

- brak zgody pacjenta
- stosowanie leków rozrzedzających krew
- ciężkie skazy krwotoczne
- zły ogólny stan chorego
- czynna infekcja dróg oddechowych
- choroby uniemożliwiające zastosowanie narkozy
- uczulenie na leki znieczulające

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się:

- z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia)
- z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością).

Po zabiegu mogą wystąpić następujące następstwa lub powikłania

- Krwiak i infekcja w ranie pooperacyjnej
- Długie gojenie się rany
- Możliwe nadkażenie rany
- Wznowa procesu
- Bliznowiec

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Przy zaniechaniu leczenia możliwe jest pogorszenie stanu zdrowia.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

.....
(data i podpis operatora)

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji a w razie konieczności zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Deleguję moje prawo do podjęcia decyzji o wyborze postępowania medycznego na lekarza

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

.....
(data i podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego)

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

Administratorem danych osobowych zawartych w „**Dokumentacja medyczna**” jest KLINIKA WIDENT PIOTR WINIARSKI, LILIANA WINIARSKA SPÓŁKA CYWILNA z siedzibą przy ul. Szubińskiej 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Podane w „**Dokumentacja medyczna**” dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie zapomogi losowej bądź socjalnej. W przypadku niepodania danych wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Dane osobowe, które zostały podane przez Panią/Pana w „**Dokumentacja medyczna**” przechowujemy przez okres zgodny z wymaganiami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądanie zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych osobowych. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza obowiązujące w tym zakresie przepisy, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, w zakresie kontroli przetwarzania danych osobowych. Administrator może przekazać dane osobowe organom uprawnionym, tj. Urzędowi Skarbowemu oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto dane zawarte we Wniosku Administrator może przekazywać wyłącznie dwóm grupom odbiorców: osobom upoważnionym, tj. pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, podmiotom przetwarzającym którym Administrator zlecił czynności wymagające przetwarzania danych, tj. firmom zajmującym się obsługą informatyczną. Informacje dotyczące przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z Administratorem Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, wysyłając zapytanie na adres e-mail: info@wident.eu lub bezpośrednio w siedzibie Administratora danych: ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa, wówczas ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.