

**FORMULARZ ZGODY**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** ..... **NR KS. GŁ.** .....

.....  
Pieczęć Oddziału

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE  
procedury medycznej**

**RTG PRZEWODU POKARMOWEGO Z KONTRASTEM**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

NUMER HISTORII CHOROBY: .....

**1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA/ ZABIEGU**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani (a), istnieje podejrzenie:

.....  
.....

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani(a) wskazania do diagnostyki zabiegowej (uzyskania materiału do badania mikroskopowego) i/lub leczenia operacyjnego tego schorzenia.

**2. METODY LECZENIA**

Po szczegółowej analizie Pani(a) przypadku proponujemy wykonanie następującego zabiegu:

**RTG PRZEWODU POKARMOWEGO Z KONTRASTEM**

Zabieg ten będzie polegał na:

W celu uwidocznienia górnego odcinka przewodu pokarmowego tj. przełyku, żołądka i dwunastnicy podaje się doustnie środek cieniujący zwany barytem ( siarczan Baru), który pochłania promieniowanie rentgenowskie. Preparat ten wnika między fałdy śluzówki przewodu pokarmowego. Obracając chorego w pozycji stojącej lub leżącej ( zależnie od fazy badania) uzyskuje się dobre pokrycie całej błony śluzowej żołądka i dobór najlepszych projekcji. Następnie po przepuszczeniu wiązki promieniowania rentgenowskiego przez ciało badanego wykonuje się dokumentację zdjęciową. Uzyskany obraz jest „odlewem” kształtu zakontraktowanego przewodu pokarmowego.

Badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy przeprowadza się jednocześnie.

Celem badania (zabiegu) jest:

Uwidocznienie na serii zdjęć radiologicznych zmian zarysów (ubytki i naddatki cieniowe) oraz sztywności ścian.

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują:.....

.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ..... NR KS. GŁ. ....

**3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. W przypadku tegoż badania nie notuje się powikłań.

Jeśli jest taka potrzeba, badanie może być okresowo powtarzane. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku. Nie może być wykonywane u kobiet w ciąży. Należy unikać wykonywania badania u kobiet w II połowie cyklu miesięczkowego, u których może zaistnieć możliwość zapłodnienia.

**4. ROKOWANIE**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani(a) przypadku:

[ ] duże

[ ] średnie

[ ] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani(a) zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....  
 .....

**5. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani(a) zapytała nas o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Szpitalu. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani(a) pytania.

**ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA /ZABIEGU**

.....

**6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU/ BADANIA WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej procedury. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani(a) zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani(a) zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

**7. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałem (-am) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem (podać nazwisko)

....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- a. rozpoznania;
- b. proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych;
- c. dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania;
- d. wyników leczenia;
- e. rokowania;
- f. ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem / badaniem.

## FORMULARZ ZGODY

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ..... NR KS. GŁ. ....

**1. Potwierdzam tym samym, że udzielono mi informacji** zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wiedząc, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie mego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym moje dobro (art. 31 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

**2. Zapewniam, iż przekazałem(-am) wszystkie prawdziwe informacje** o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

**3. Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejszej oświadczenie świadomie i swobodnie** tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

### 8. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującej procedury medycznej .....

oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w procedury medycznej w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....

data

.....

podpis lekarza

.....

podpis pacjenta albo/ i uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowaną mi procedurę medyczną.

Zostałem(-am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

data

.....

podpis lekarza

.....

podpis pacjentka albo/ i uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

.....

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

\*niewłaściwe skreślić