

Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) на видалення гною з вогнища запалення

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Пацієнт – Ім'я та прізвище:	
Ім'я законного представника (опікуна):	Персональний номер:

Назва процедури

Дренування гною із запального вогнища з розрізу (надрізу) шкіри/слизової оболонки

Мета процедури

Забезпечити відтік гною.

Характер процедури

Хірургічне втручання (загальна або місцева анестезія, розріз шкіри/слизової оболонки, дренування гною, дренування абсцесу).

Очікувана користь від процедури

Усунення дискомфорту: знеболення, покращення ковтання, дихання, усунення запалення.

Альтернатива процедури

Прокол голкою – зазвичай цього недостатньо.

Наслідки процедури:

Шрам на місці розрізу, порушення чутливості або рухливості язика/обличчя, труднощі з ковтанням.

Можливі ризики обраної процедури

Пошкодження кровоносної судини – кровотеча, ризик задухи, необхідність забезпечення доступу до дихальних шляхів шляхом надрізу трахеї на шиї.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:		
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година