

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΘΗΝΑ,/...../200.

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,.....

του.....και της..... ετών.....νοσηλεύόμενος στ...

.....
με αιτία εισόδου.....

κατόπιν πλήρους και λεπτομερούς ενημέρωσής μου από τον θεράποντα
ιατρό χειρουργό, Δ^ρ Παναγιώτη Βαμβακά όσον αφορά:

- την προεγχειρητική διάγνωση της υποκείμενης νόσου,.....
- την προσδοκώμενη πρόγνωσή της,.....
- το είδος της προτεινόμενης εγχείρησης,.....
- το τι αυτή σκοπεύει να πετύχει,.....
- τις πιθανότητες αποτυχίας και των επιπλοκών

▫ διεγχειρητικών (όπως αιμορραγία, shock, ανακοπή, θάνατο κλπ) ή

▫ μετεγχειρητικών(όπως φλεγμονή, λοίμωξη, πυρετό κλπ)

▫ τοπικών(όπως διαπύηση, οίδημα κλπ) ή

▫ συστηματικών (όπως αναπνευστικές, καρδιαγγειακές, νεφρικές,
νευρολογικές, ηλεκτρολυτικές, μεταβολικές, επιπλοκές) καθώς και

τις υπάρχουσες εναλλακτικές ή συντηρητικές λύσεις θεραπείας
και λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης σε πλήρη πνευματική και ψυχική
διαύγεια και παρουσία τρίτων

συμφωνώ ανεπιφύλακτα για

όλες τις προβλεπόμενες προεγχειρητικές, διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές
ιατρικές πράξεις(παρεμβατικές ή μη),

αναισθησιολογικούς χειρισμούς,

ακτινολογικές εξετάσεις ή ακτινοθεραπείες*,

πιθανές μεταγγίσεις*,

χορηγήσεις φαρμάκων ή χημειοθεραπείες*,

νοσηλείες σε μονάδα αυξημένης φροντίδας* ή μονάδα εντατικής θεραπείας*

διακομιδή* σε ειδικότερο ειδικευμένο Νοσοκομείο ή κέντρο εσωτερικού ή
εξωτερικού κ.λ.π ή

επί του γενικότερου πλάνου θεραπείας που εξατομικευμένα ο θεράπων
χειρουργός θα εφαρμόσει στην περίπτωση μου καθώς και

να αντιμετωπίσει οιοδήποτε επείγον* η απρόβλεπτο ιατρικό η άλλο συμβάν*
κατά την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο κατά κρίση

της ιατρικής του συνείδησης και εμπειρίας τόσο εντός όσο και εκτός της αίθουσας του χειρουργείου και

- την εκτέλεση αν και εφόσον χρειαστεί συμπληρωματικών χειρουργικών επεμβάσεων*.....
- η άλλων ιατρικών πράξεων*..... η και
- εφόσον κριθεί αναγκαίο (πχ. όταν τα διεγχειρητικά ιατρικά δεδομένα διαφέρουν από τα προεγχειρητικά κλπ) ακόμη και αλλαγή του αρχικού πλάνου* της επέμβασης καθώς και
- τα σχέδια θεραπείας των συμβούλων* ιατρών με γνώμονα το μέγιστο δυνατό καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή και σύμφωνα πάντα με τους ισχύοντες διεθνώς κανόνες της χειρουργικής, της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής.

Δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που μου ζητήθηκαν είναι αληθή και σε περίπτωση μη αληθών δηλώσεων ή ελλιπή αναφορά γεγονότων ή σε απόκρυψη ιατρικών στοιχείων μπορεί να αλλοιωθεί ο διαγνωστικός ή θεραπευτικός χαρακτήρας της ιατρικής πράξης.

Κατανόω ότι καμία εγγύηση δεν μου έχει παρασχεθεί σε ότι αφορά τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ότι οι αναφερόμενες πιθανές επιπλοκές καθώς και πληθώρα άλλων λιγότερο συχνών αποτελούν υπαρκτό κίνδυνο.

Δέχομαι σε κάθε τμήμα ή ιστό που μου αφαιρέθηκε χειρουργικά ότι θα ακολουθήσει η διαδικασία επεξεργασίας ή καταστροφής του από το κατά την συνήθη πρακτική. Η ενημέρωση που μου παρασχέθηκε ήταν επαρκής. Δεν έχω άλλες απορίες ή ερωτήσεις. Το παρόν εκδίδεται για νομικούς λόγους και έχει το χαρακτήρα της γραπτής πληροφορημένης συναίνεσης του ασθενούς. Η ανάκληση της συναίνεσης για χειρουργείο από τον ασθενή μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή. Η παρούσα έκθεση διαβάστηκε, βεβαιώθηκε και υπογράφεται όπως παρακάτω.

Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ**

ΔΡ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΒΑΜΒΑΚΑΣ
ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

ΙΑΤΡΟΣ Η ΑΛΛΟΣ***

*(εάν και εφόσον κριθεί αναγκαίο για τον ασθενή)

** (συμπληρώνεται το όνομα του ασθενούς και σε περίπτωση κωλύματος ή αδυναμίας του ασθενούς υπογράφει κάποιος από το στενό συγγενικό του περιβάλλον)

*** (ο εφημερεύων ή ο βοηθός του χειρουργού ή η νοσηλεύτρια ή ο συγγενής)