

**Gabinet:**

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

**Pacjent:**.....  
imię i nazwisko.....  
pesel.....  
adres zamieszkania**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY – BIOPSJA ZMIANY PATOLOGICZNEJ JAMY USTNEJ**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyrażam zgodę na zabieg z zakresu chirurgii stomatologicznej – biopsję zmiany patologicznej jamy ustnej.

**Lekarz przeprowadzający zabieg: Paweł Poniatowski**

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji o moim stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi.

**Zabieg będzie polegać na:**.....  
.....  
**Zostałem/-am poinformowany/-a** o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu.**Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia** miejscowego nasiękowego, przewodowego śródwładłowe oraz wyrażam zgodę, aby lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowany/-a o możliwych powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku jak również o alternatywnych metodach.Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE****Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia** (jeśli zaznaczono tak powyżej – prosimy wpisać przeciwwskazania, jeśli nie - prosimy wpisać „brak”:**1. Opis:**

Na podstawie zgłaszanych dolegliwości oraz przeprowadzonego badania lekarz stwierdza u Pana/Pani obecność guza, czyli nieprawidłowej tkanki budzącej podejrzenie procesu nowotworowego. Aby rozpoznać charakter zmiany i podjąć decyzję o dalszym leczeniu niezbędne jest pobranie wycinka z guza do badania histopatologicznego (mikroskopowego).

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym, które ma na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego, na poddawanej zabiegowi okolicę ciała. Następnie lekarz przy użyciu kleszczyków pobiera niewielki fragment guza do badania histopatologicznego, a miejsce pobrania wycinka zabezpiecza opatrunkiem uciskowym.

Zabieg będzie wykonywany zgodnie z dostępną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności. Zabieg przeprowadza się w ramach konkretnych warunków sprzętowych, lokalowych i finansowych, którymi dysponuje DC Smile Designers sp. p.

Informujemy, że zabiegi mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem powikłań (możliwość wystąpienia kilku czynników z niżej wymienionych):

- 1) zależnym od indywidualnych warunków pacjenta (w szczególności takie jak stan ogólny, choroby towarzyszące, schorzenia przewlekłe, warunki anatomiczne);
- 2) zależnym od pory roku (w szczególności takie jak okres infekcji jesiennie-zimowych, ponadnormatywnie wysokie temperatury latem);
- 3) zależnym od czynników zewnętrznych, niespodziewanych i niemożliwych do przewidzenia (w szczególności takie jak zwiększona zakaźność w stanie epidemii, kłeski żywiołowe).

Zabieg przeprowadza się w warunkach po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem przy założeniu pełnej współpracy ze strony pacjenta. Informacje nieudzielone lekarzowi, a mogące okazać się istotne dla przebiegu zabiegu, wielokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych w trakcie zabiegu.

**2. Główne przeciwwskazania do wdrożenia proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Względny przeciwwskazaniem do zabiegu jest:

- przyjmowanie na stałe leków zmniejszających krzepliwość krwi;
- wrodzone i nabyte skazy krwotoczne;
- uczulenie na środki miejscowo znieczulające.

**3. Alternatywne metody leczenia lub metody diagnostyczne**

- brak alternatywnych metod leczenia lub metod diagnostycznych

**4. Dające się przewidzieć następstwa zastosowania leczenia lub metody diagnostycznej**

Szanowny pacjencie, każdy zabieg chirurgiczny może wiązać się:

- krwawieniem, które nie ustępuje pod wpływem opatrunku uciskowego. Wymaga zaopatrzenia w warunkach bloku operacyjnego (elektrokoagulacja, założenie szwów, itp);

- uczuleniem na środek miejscowo znieczulający – zaczerwienienie i świąd skóry, obrzęk twarzy i szyi, wstrząs anafilaktyczny.

- wyjątkowo rzadkie, opisywane w pojedynczych przypadkach na świecie: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zator lub zakrzep, zgon.

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.

**5. Dające się przewidzieć następstwa zaniechania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Rezygnacja z proponowanego leczenia uniemożliwia rozpoznanie charakteru procesu rozrostowego i w konsekwencji nie pozwala na podjęcie właściwego leczenia. Zaniechanie leczenia onkologicznego może prowadzić do istotnego pogorszenia stanu zdrowia.

**6. Oczekiwane korzyści / skutki odległe / rokowania proponowanego leczenia lub metody diagnostycznej**

Pobranie wycinka pozwala na ocenę histopatologiczną guza i umożliwia podjęcie decyzji o dalszym leczeniu.

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

.....  
.....  
.....

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

1.Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, który poinformował mnie o rozpoznaniu, rodzaju proponowanego zabiegu /procedury medycznej, o sposobie jego/jej przeprowadzenia, o następstwach i powikłaniach mogących wystąpić podczas i po zabiegu/wykonaniu procedury medycznej, przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/procedury medycznej, alternatywnych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia, rokowaniu.

2.Oświadczam, iż podczas rozmowy z lekarzem miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/-am na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach a także nałogach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości oraz schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

SMILE DESIGNERS  
W związku z powyższym, po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu/procedury medycznej oraz jego/jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia zabiegu/procedury medycznej w razie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe oraz dysponowanie tkankami, które zostaną usunięte.

.....  
Podpis i pieczętka lekarza dentysty; data i miejscowość.

.....  
Data podpisu

.....  
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna