

ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ПРИЕМ НА ПАЦИЕНТ И ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Име И Фамилия:.....	ЕГН На Р.Т.:.....
Пол/Години:.....	Протокол №:.....
Начин На Пристигане:.....	Дата И Час На Пристигане:.....
Професия:.....	Семейно Положение:.....
Адрес:.....	
Домашен Телефон:.....	Мобилен Телефон:.....
Телефон На Роднина (За Спешни Случаи):.....	
Отделение, където хоспитализиран пациентът:.....	
Стационарен лекар:.....	
Диагностика на пациента:.....	

1- Под ръководството, наблюдението и метода на доктор, разрешавам прилагането на необходимите диагностични интервенции и медицински лечения от лекари, медицински сестри и други здравни специалисти, които са подходящи за моето заболяване или медицинското ми състояние. Обясниха целите на диагностичните процедури и лечения, алтернативните методи на лечение, възможните рискове и усложнения и отговорих на въпросите ми.

2- Аз/Ние упълномощавам Доктор да оцени оплакванията ми, което е причината/причините за моето заявление, без никакъв натиск или насока, да оцени жалбите ми, да извърши необходимите прегледи и анализи без никакви ограничения, за да се направят изводи и да се изпълнят приложенията, които сметнат за подходящи и изисквам тези приложения да бъдат направени от него.

3- Моят лекар др. ме/ни информира, че има заболяване, което може да се изрази като, свързано с моето здравословно състояние/здравето на нашия пациент. От изброените в 15 подточки в този документ твърдения той много по-широко ме/ни информира, обясни за това каква е моята болест, нейните причини, честота на възникване, какво трябва да се направи за диагностика и лечение, алтернативите за лечение, очакваните и неочаквани положения, повече или по-малко опасни възможности, които могат да възникнат както по време на диагностичните, така и на лечебните процедури и попита дали имам / имаме съгласие. Аз / Ние напълно със собствено желание и съгласие разбирам / разбираме, осъзнаваме и приемам / приемаме, че всички тези последици могат да се случат.

4- В първото кандидатстване, в допълнение към това, което е обяснено за моето здравословно състояние/ за здравословното състояние на пациента ни, планирани диагностични и лечебни приложения, различни диагнози могат да бъдат поставени от болницата/лекаря и други практикуващи лекари, различни процедури могат да се извършват от различни клиники и отделения, освен предварително планираните диагностични и лечебни практики и това се счита за необходимо. Знам/знаем, разбирам, давам съгласие и искам/искаме моето лечение/лечението на пациента ни да може да продължи частично или изцяло в условията на интензивно лечение и дори в зависимост от животоподдържащо устройство, без нужда от отделно одобрение, в случай на спешност.

5-Зная/знаем, че кръвта и кръвните продукти могат да се използват като цяло или като част от приложенията, във връзка с тези приложения съществува риск от инфекциозни заболявания като треска, кръв и нейните реакции, шок, бъбречна недостатъчност, сериозни последици поради спиране на производството на кръв в резултат на

недостатъчност на костния мозък, жълтеница и включително СПИН които могат да възникнат в ранния или късния период, проявяваме разбиране и съгласие; и ако се сметне за необходимо, искам/искаме да бъде използвано.

6- Интравенозната (интравенозна) инжекция може да се приложи като цяло или като част от приложението, в резултат на приложението, може да се почувства болка при влизане на иглата и след процедурата, натъртване на мястото на процедурата, излизане на иглата от вена, натрупването на лекарството под кожата и в структурите около вената, събиране на кръв около мястото на иглата, микроби, възпаление на вената или развитие на съсирек във вената, влизане на иглата в артерията, въздух, навлизащ във вената и образуване на въздушна тапа, алергия или алергичен шок към приложеното лекарство; осъзнавайки, че тази практика носи допълнителни рискове и опасности за общите усложнения, давам/даваме съгласието си.

7- Осъзнавайки, че тези приложения включват допълнителни рискове и опасности за общите усложнения, знам / знаем и аз давам/ние даваме съгласието си, че е възможно в тялото ми / в тялото на болния ни да е необходимо да се вземат части от органи или тъкани от друга част на тялото ми / тялото на нашия пациент като цяло или като част от приложенията; или че могат да се използват временни или постоянни метални, синтетични и др. чужди хирургически материали извън тялото; може да се получи инфекция или да не показват очакваните функции или да бъдат отхвърлени от организма, могат да се заразят или да не показват очакваните функции, че те могат да бъдат премахнати отново и за това може да са необходими отделни операции.

8- Информирани сме, знам/знаем, разбирам/разбираме и приемам/приемаме, че приложенията които трябва да се използват или прилагат, може да не са в състояние да диагностицират всички патологии /заболявания, свързани с моето здраве/ със здравето на болния ни, и че няма гаранция за пълно излекуване на някакво заболяване или патологично състояние, което все още съществува или за което знам или не съм наясно в момента, което ме накара да направя това заявление чрез болницата и лекаря, че може да има болестни/патологични състояния и усложнения, които могат да възникнат по време или след приложенията, които не са съществували преди, и които може да се дължат на резултатите от новите приложения за диагностика или лечение .

9- Знам/знаем и одобрявам/одобряваме, че всички видове приложения за диагностика или лечение, включително операции, които трябва да бъдат направени по отношение на това заявление, може да не бъдат завършени, ако се сметне за необходимо, или да бъдат разделени на няколко сесии и да се извършват в последователни отделни приложения/ операции, или може изобщо да не се приложат.

10- Бяха ми обяснени по ясен и разбираем начин всички видове последици, с които мога да се сблъскам, ако не получа лечение / ако нашият пациент не се излекува, както ми беше обяснено, свързани с всяка процедура, която трябва да се извърши по време на диагностиката и лечението, анемия , инфекция, включително менингит, кръвни съсиреци във вените и в белите дробове, кървене на или извън мястото на операцията, алергична реакция, оток на тъканите, епилепсия, временна или постоянна дисфункция на орган или система, фалит или смърт. Знам, че има странични ефекти като други рискове включват лек дискомфорт, изтръпване в областта на разреза или трайно белези/скар или деформация в главата, ръцете или краката или тялото в резултат на отстраняване или добавяне на кост, операция или телесна деформация, мозъчна течност, идваща от мястото на операцията или функцията, главоболие или дългосрочна/хронична болка, временна или трайна загуба на глас, движения на лицето, веждите, зъбите, слуха, преглъщането, очите и очите, контрол на урината или изпразненията, или временна или трайна загуба на функция, свързана с личността, в резултат на парализа на гласните струни, краткотрайна или дългосрочна болка и изтръпване поради увреждане на тъкани или органи, поява на увреждане или необходимост от употреба на лекарства или хормони през целия живот и позициониране по време на приложенията.

11- По време на приложенията за диагностика и лечение, локална/регионална, спинална, епидурална/спинална анестезия или обща анестезия, която може да се приложи при мен/нашия пациент, представлява допълнителен риск сам по себе си и знам/знаем, че тези рискове включват респираторни проблеми, лекарствени реакции, неконтролируема висока температура , парализа на всеки крайник или нерв, увреждане на мозъка и смърт. Ние

разбираме и одобрявам/одобряваме всички тези рискове.

12- Знам, че тези приложения по време на диагностични и лечебни практики могат да се прилагат медицинските изделия като рентгенови лъчи, скопи, ултразвук, сцинтиграфия, компютърна томография, магнитен резонанс и др.; че може да съм изложен /моят пациент може да бъде изложен на рентгенови лъчи, радиоизотопна/ядрена енергия, къси и дълги вълни; че може да съм изложен /моят пациент може да бъде изложен на рентгенови лъчи, радиоизотопи / ядрена енергия, късо и дълго вълново лъчение, че тези приложения могат да доведат до непредсказуеми резултати, включително потискане на костния мозък и анемия, недостатъчност на защитната система, недостатъчност на репродуктивните органи, което ще предотврати раждането или развитие на рак дори след дълго време, и одобрявам/одобряваме използването им, ако е необходимо.

13- Давам/даваме разрешение и одобрение, съзнавайки, че имам право/имаме право да възразя/възразим срещу изследването, съхранението, използването, унищожаването или производството на който и да е орган или тъкан, които да бъдат премахнати, или изображения или последващи тъкани, които да бъдат произведени от тях, и всякаква информация, която трябва да се получи, за научни цели, по време на приложенията, които трябва да се извършват по отношение на здравето ми.

14- Прочетох /прочетохме ясно целия този писмен документ. Поради това, че не мога да чета, беше прочетено на мен/на нас по разбираем начин./Беше ми/ ни обяснено и преведено. Както по време на и след моята молба/ нашата молба, така и по време на попълването на този формуляр, аз/ние получихме възможност да задаваме всякакви въпроси относно моето здравословно състояние/здравословното състояние на нашия пациент, както и да оценявам и вземам решения. Беше предоставена всякаква възможност да се задават и оценяват всякакви въпроси, включително и да не се прилагат лечение, и да вземат решения, бяха обяснени всички видове различни алтернативи за лечение и диагностика, включително без приложение на лечение, и дали те имат рискове и заплахи, вярвам, че ми е предоставена достатъчна и задоволителна информация за моето здраве/здравето на нашия пациент и приложенията, които трябва да се изпълняват, с отговорите, написани в този документ, и отговорите на моите въпроси/нашите въпроси, давам/даваме съгласието си, като подписвам тази формуляр по свое желание, без никакъв натиск.

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

Име и фамилия на пациента:.....

Подпис:.....

Дата/час:.....

Роднина на пациента

Име и фамилия:.....

Подпис:.....

Дата/час:.....

Лекар

Име и фамилия:

Подпис:

Дата/час:.....