

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВНУТРИСУСТАВНЫЕ И ОКОЛОСУСТАВНЫЕ ПРОКОЛЫ ИЛИ/И ИНЪЕКЦИЮ

№ карты Пациента.....

Имя и фамилия

пациента.....

Дата рождения..... PESEL

Я даю свое добровольное и информированное согласие на **внутрисуставный и околосуставный прокол или/и инъекцию сустава**

Ip.	Название препарата / № серии	Количество введенного препарата
1.		
2.		
3.		

1. Я подтверждаю, что я получил(а) исчерпывающую и понятную информацию о цели вышеупомянутого медицинского вмешательства, процессе его проведения, возможных осложнениях, которые могут быть связаны с данной процедурой и необходимом режиме после ее проведения. Осложнения:

- введение микроорганизмов в тело может вызвать инфекцию,
- введение лекарств в тело может вызвать аллергические реакции,
- во время внутримышечной инъекции препарат может попасть в кровь,
- во время внутримышечной инъекции препарат может попасть в жировую ткань или подкожную ткань
- во время внутривенного введения существует риск введения воздуха в кровь, что может привести к воздушной эмболии,
- во время внутримышечных инъекций существует риск повреждения нерва.

2. Я заявляю, что я принял(а) к сведению то, что любое медицинское вмешательство влечет за собой риск осложнений (в том числе серьезных), которые могут возникнуть даже при поддержании высочайших стандартов медицинской науки, практики и ухода.

3. Я заявляю, что я дал(а) полную и точную информацию о текущем состоянии моего здоровья. Я понимаю, что непредоставление или предоставление ложной информации может оказать негативное влияние на мое здоровье.

4. Я заявляю, что я имел(а) неограниченные возможности задавать вопросы и я получил исчерпывающие ответы и разъяснения на все мои вопросы.

Исходя из вышеизложенного, я даю мое осознанное согласие / я не даю согласия¹ на проведение процедуры.

.....
Дата и читабельный подпись **пациента**

.....
Дата и читабельный подпись **законного опекуна**²

Заявление врача об информации предоставленной пациенту:

Я подтверждаю, что я проинформировал пациента о цели вышеупомянутого медицинского вмешательства, процессе его проведения, возможных осложнениях, которые могут быть связаны с данной процедурой а также во время сопровождающих процедур.

.....
Дата, печать и подпись **врача**

¹ Удалить в зависимости от обстоятельств

² в случае несовершеннолетних пациентов:

- в возрасте до 16 лет – информированное согласие подписывает законный представитель пациента

- в возрасте 16–18 лет – информированное согласие подписывает пациент и его законный представитель

....., дата

**ДЕКЛАРАЦИЯ О ПЕРЕДАЧИ НАДЛЕЖАЩИХ УСЛОВИЙ ХРАНЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА, И СОГЛАСИЕ НА ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ ИЛИ
УТИЛИЗАЦИЮ**

Имя и фамилия пациента

.....

PESEL – Польский регистрационный номер или дата рождения

.....

Я заявляю, что я даю свое согласие на введение мне / моему несовершеннолетнему ребенку*
посредством врача/медицинской сестры предоставленного мной препарата/препаратов:

Лр.	Название препарата/ №	Количество лекарства	Срок годности
1			
2			
3			
4			
5			

Я подтверждаю, что:

- Я хранил(а) препарата в соответствии с инструкцией производителя
- Я получил(а) точную информацию от врача / медсестры о возможных последствиях предоставления мне / моему несовершеннолетнему ребенку* продукта, который не был сохраненных в соответствии с инструкцией изготовителя.

Читабельный подпись **пациента**

.....

Читабельный подпись **лица, принимающего заявление**

.....

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПЕРЕДАЧИ

Настоящим я предоставляю на ответственное хранение вышеупомянутый препарат, а также даю согласие на его утилизацию по истечении срока годности.

Дата доставки препарата

Читабельный подпись лица, принимающего препарат

Читабельный подпись **пациента**

***Удалить в зависимости от обстоятельств**