**ZGODA PACJENTA NA NAKŁUCIE LUB I INIEKCJĘ DOSTAWOWĄ I OKOŁOSTAWOWĄ**

Nr karty Pacjenta………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko **Pacjenta**

……………………………………………………………………………………………………………

PESEL / DATA URODZENIA

**Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na nakłucie lub / i iniekcję dostawową i okołostawową stawu**:

**……………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa leku/Nr serii | Dawka podawanego leku/preparatu |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

1. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am przedstawioną mi informację na temat rodzaju zabiegu, celu, sposobu jego wykonania, potencjalnych zagrożeń oraz mogących wystąpić poniższych powikłań w związku z wykonaniem w/w zabiegu i sposobie postępowania po jego wykonaniu.

* wprowadzenie drobnoustrojów do organizmu, powodujące [zakażenie](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaka%C5%BCenie) miejscowe lub uogólnione,
* wprowadzenie leku może spowodować alergię,
* wprowadzenie leku do krwiobiegu podczas iniekcji domięśniowej,
* wprowadzenie leku do tkanki tłuszczowej lub podskórnej przy wykonywaniu iniekcji domięśniowych,
* wprowadzenie powietrza do krwi przy zastrzykach dożylnych, powodujące [zator powietrzny](https://pl.wikipedia.org/wiki/Zator_gazowy),
* uszkodzenie nerwu podczas zastrzyku domięśniowego.

1. Przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych), które mogą wystąpić nawet przy dołożeniu należytej staranności oraz wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji o aktualnym stanie mojego zdrowia. Jestem świadomy/ma, że brak podania lub podanie nieprawdziwych informacji może mieć negatywny wpływ na stan mojego zdrowia.
3. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób wyczerpujący.

**Na tej podstawie wyrażam świadoma zgodę na wykonanie w/w zabiegu.**

………………………………………

(Data i czytelny podpis Pacjenta)

………………………………………………………………………………

Czytelny podpis opiekuna ustawowego (imię i nazwisko)

*Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym świadczeniu zdrowotnym, celu, przebiegu i powikłaniach mogących powstać w wyniku udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak również w trakcie towarzyszących procedur medycznych.*

………………………………………

(Data, pieczątka i podpis Pacjenta

**W przypadku pacjentów niepełnoletnich:**

- Poniżej 16 roku życia - oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjenta

- W wieku 16-18 lat - oświadczenie podpisuje Pacjent i jego ustawowy przedstawiciel

Zatwierdził: Dyrektor Medyczny

Wersja 3; Obowiązuje od: 06.03.2024

…………………………….. dn…………………………..

**OŚWIADCZENIE O PRZEKAZANIU I PRAWIDŁOWYM PRZECHOWYWANIU PRODUKTU LECZNICZEGO, WRAZ ZE ZGODĄ NA JEGO PODANIE I EWENTUALNĄ UTYLIZACJĘ**

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko **Pacjenta**

……………………………………………………………………………………………………………

PESEL / DATA URODZENIA

Wyrażam zgodę na podanie mi / mojemu niepełnoletniemu dziecku\* przez lekarza/pielęgniarkę w poradni/oddziale dostarczonego przeze mnie produktu leczniczego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Leku/ Nr** | **Ilość przyjętego leku** | **Data upływu terminu** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

oraz oświadczam, że:

* przechowywałam/-em powyższy produkt leczniczy zgodnie z zaleceniami producenta,
* otrzymałam/-em od lekarza/pielęgniarki dokładne informacje co do możliwych następstw podania mi/mojemu niepełnoletniemu dziecku\* produktu leczniczego, który nie był przechowywany zgodnie z zaleceniami producenta.

Czytelny podpis pacjenta……………………………………………………………..……………………………………

Czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE O PRZEKAZANIU**

Niniejszym przekazuje wyżej wymieniony lek na przechowanie i jednocześnie wyrażam zgodę na utylizację wyżej wymienionego leku/-ów w przypadku jego przeterminowania.

Data dostarczenia produktu leczniczego ……………………………………………..……………

Czytelny podpis osoby przyjmującej………………..…………………………………………………

Czytelny podpis pacjenta……………………………………………………………..…………………

\***Niepotrzebne skreślić**

Zatwierdził: Dyrektor Medyczny

Wersja 3; Obowiązuje od: 06.03.2024