Załącznik nr 31

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/29
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA CHEMIOTERAPIĘ	Wydanie III z dnia 21.02.2020
		Strona 1 z 1

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

……

PESEL ……

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących planowanego leczenia.

Zostałem/am poinformowany/a o:

- moim schorzeniu i konieczności poddania się chemioterapii,
- płynących z chemioterapii korzyściach,
- potencjalnych następstwach, powikłaniach i objawach ubocznych planowanej terapii takich jak: nudności, wymioty, biegunka, gorączka, zapalenie jamy ustnej, neutropenia(obniżenie poziomu krwinek białych) , trombocytopenia (spadek liczby płytek krwi), zawał serca, uszkodzenie naczyń krwionośnych, uszkodzenie szpiku kostnego, niewydolność nerek, zapalenie pęcherza moczowego, grzybica, niewydolność wątroby, polineuropatia (zaburzenie funkcji nerwów obwodowych: zaburzenia czucia i chodu, mrowienie, drętwienie kończyn), wstrząs anafilaktyczny, uczulenia, (chemioterapia obarczona jest 5% śmiertelnością).

Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający. Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.

Niniejszym **wyrażam zgodę i proszę o przeprowadzenie chemioterapii**.

Wyrażam równocześnie zgodę na wykonanie wszelkich dodatkowych zabiegów, które w czasie chemioterapii mogą okazać się konieczne

…… …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……

Podpis lekarza

Oświadczam, że zostałem dostatecznie poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji i nie wyrażam zgody na chemioterapię.

……. …….

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……

Podpis lekarza

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.