

1 BLANKAS – SUTIKIMAS APŽIŪRAI, GYDYMUI ARBA PRIEŽIŪRAI

Informacija apie asmenį (arba iš anksto atspausdintas lipdukas)

Pavardė
Vardai
Gimimo data
 Vyr. Mot. H+C Nr. (arba kitas tapatybės numeris)
Ypatingi poreikiai (kalbos ar kitokie)

Sveikatos priežiūros darbuotojo pareiškimas

Atsakingas sveikatos apsaugos specialistas Pareigos
Siūlomos procedūros arba gydymo kurso pavadinimas (*parašykite kūno pusę arba vietą ir trumpą paaiškinimą, jei medicinos terminas neaiškus*)

Apie procedūrą paaiškinau. Konkrečiai paaiškinau:

Numatomi rezultatai:

Rimti arba dažnai pasitaikantys pavojai:

Galimos papildomos procedūros, kurių gali prireikti procedūros metu.

Kraujo perpylimas kita procedūra (nurodykite)

Procedūros metu bus taikoma: bendroji ir / arba regioninė nejautra vietinė nejautra nuskausminimas

Taip pat buvo aptarta, kokie yra procedūros elementai, bet kokių kitokių galimų alternatyvių gydymų rezultatai ir pavojai (įskaitant jokie gydymo), bet kokių audinių bandiniai, kuriuos gali tekti paimti, ir kiti šiam asmeniui rūpimi klausimai.

Buvo pateikta ši skrajutė / juosta

Parašas Data

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis) Pareigos

Kontaktinė informacija (*jeigu pacientas detales nori aptarti vėliau*)

Vertėjo pareiškimas (kai reikalingas)

Aš išverčiau anksčiau nurodytą informaciją sutikimą duodančiam asmeniui kiek įmanoma tiksliau ir, mano nuomone, suprantamai.

Parašas Data

Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)

Asmuo, duodantis sutikimą, kopiją patvirtinimo Taip / Ne (apibraukite)

Asmens, duodančio sutikimą, pareiškimas

Prašom atidžiai perskaityti šį blanką. Jei jūsų gydymas buvo suplanuotas iš anksto, jau turėtumėte turėti kopiją, kurioje aprašomi siūlomo gydymo rezultatai ir pavojai. Jeigu kopijos dar neturite, ji bus jums pasiūlyta dabar. Jei dar turite klausimų, klauskite – mes čia esame tam, kad jums padėtume. Turite teisę bet kada apsigalvoti, net ir pasirašę blanką.

Aš sutinku su procedūra arba gydymo kursu, aprašytu šiame blanke.

Aš suprantu, kad negalite garantuoti, jog procedūrą atliks tam tikras asmuo. Tačiau tas asmuo vis tiek turės reikiamos patirties.

Aš suprantu, kad prieš atliekant procedūrą turėsiu galimybę aptarti neįtrauktą su anesteziologu, išskyrus skubų atvejį, kai mano būklė to neleis. (Tai taikoma tik tiems pacientams, kuriems taikoma bendroji arba regioninė nejautra).

Aš suprantu, kad bet kokia papildoma procedūra prie nurodytųjų šiame blanke bus atlikta tik tada, kai ji bus būtina, kad būtų išgelbėta mano gyvybė arba išvengta rimtos žalos mano sveikatai.

Man paaiškino apie galimas papildomas procedūras, kurios mano gydymo metu gali būti būtinos. Toliau surašiau procedūras, kurių nenoriu, kad man atliktų be atskiro aptarimo.

.....
.....
***Aš sutinku**, kad sveikatos apsaugos studentai, prižiūrimi profesionalių sveikatos apsaugos darbuotojų, stebėtų arba padėtų teikiant man priežiūros paslaugas. **Jūs galite išbraukti šį sakinį – tai neturės įtakos Jūsų priežiūrai.*

ParašasData

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis)

Apačioje turi pasirašyti liudininkas, jeigu asmuo negali pasirašyti, tačiau išreiškė savo sutikimą. Taip pat čia gali pasirašyti vienas iš paauglio / vaiko tėvų (žr. pastabas)

ParašasData.....

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis)

Sutikimo patvirtinimas (šią skiltį turi užpildyti sveikatos apsaugos specialistas, kai asmuo sutinka atlikti procedūrą ir ji (jis) iš anksto pasirašė blanką). Patvirtinu, kad ji (jis) daugiau klausimų neturi ir nori pradėti procedūrą.

ParašasData

Vardas, pavardė (spausdintinėmis raidėmis).....Pareigos

Svarbios pastabos: (pažymėkite, jei reikia)

Taip pat žr. išankstinius nurodymus / nurodymą dėl gyvybės (pvz., Jehovos liudytojo blanką)

Asmuo atšaukė sutikimąData

(paprašykite asmens čia pasirašyti / parašyti datą)

