PROJEKTAS

PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

Direktoriaus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS CHIRURGINEI PROCEDŪRAI**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(paciento vardas, pavardė, gimimo data, jei pasirašo atstovas, nurodomas atstovavimo pagrindas)

SUTINKU, kad man būtų atlikta ši procedūra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(trumpai aprašyti procedūrą )

Pasirašydamas /-a šį sutikimą patvirtinu, kad:

1. gydantis gydytojas man paaiškino procedūros ypatumus bei jų alternatyvas, taip pat galimas rizikas bei rizikas nesutikus atlikti procedūros;

2. esu supažindintas/-a su visomis galimomis komplikacijomis, ypač atkreipiant dėmesį į komplikacijas dėl vietinės anestezijos (jei taikoma): alerginės reakcijos, anafilaksinis šokas, ilgalaikė nejautra, kraujosruvos, patinimas. Po procedūros: skausmas, patinimas, kraujavimas, hematoma, pūlingos komplikacijos, nervų pažeidimai, žaizdos prasiskyrimas, sepsis;

3. sutinku, jog procedūros metu paaiškėjus naujoms aplinkybėms, gydantis gydytojas pats nuspręs - ar keisti pasirinktą gydymo taktiką.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data**  **Paciento (atstovo) parašas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Gydantis gydytojas** (vardas, pavardė, parašas)