

Β. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
-------------------	--	--	--

Επώνυμο: Ονομα : Ημερία:
 Ονομα πατρός : Τηλ.: ΑΜΚΑ:
 Κινητή :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
---	--	--	--

Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής:
 Βαθμός συγγένειας: Όνομα:
 Επώνυμο:
 Τηλέφωνο:
 Αξία μη δέλλωσης του υδίου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ			
---------------------	--	--	--

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διεκτέλεσης, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστάμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:
 Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς:
 Ονοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να πραγματοποιήσουν στη διεκτέλεση της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης ή οποια κρίθει αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιοδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεράποντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντοσκοπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεται για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ			
-------------------------------------	--	--	--

Είδος ιατρικής πράξης:

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ			
-----------	--	--	--

- Πιθανές επιπλοκές στην ενδοσκόπηση: Αιμορραγία, διάτρηση στομάχου ή εντέρου
 Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:
 (α) Επιπλοκές από το αναισθησιολογικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
 (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
 (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λωμιάδες από την περιστροφή αναισθησία.
 (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Υπογραφή ασθενή Υπογραφή συζύγου Άλλος συγγενής



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 7^Η Υ.Π.Ε. ΚΡΗΤΗΣ
 Γ.Ν. ΑΣΠΕΙΟΥ-ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΛΕΓΧ. ΑΓ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ
 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ
 Τηλ. 2841343569

Α. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
 Β. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΚΡΗΤΗ/...../201