**Załącznik nr 4 do OPZ**

**WYKAZ WZORÓW OŚWIADCZEŃ WOLI PACJENTÓW**

**WYKAZ FORMULARZY I DRUKÓW**

1. **CHIRURGIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Formularz zgody – wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia) metodą laparoskopową  Cholangiografia środoperacyjna\*  Rewizja dróg żółciowych\* |
| 2. | Formularz zgody – kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa |
| 3. | Formularz zgody – plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej sposobem Lichtensteina |
| 4. | Formularz zgody – operacja żylaków kończyn dolnych |
| 5. | Formularz zgody – całkowite usunięcie tarczycy/ częściowe usunięcie tarczycy/ usunięcie węzłów chłonnych szyi\* |
| 6. | Formularz zgody – plastyczne zaopatrzenie przepukliny brzusznej z użyciem siatki |
| 7. | Formularz zgody – laparoskopowe albo klasyczne „na otwarto” wycięcie wyrostka robaczkowego. Drenaż jamy otrzewnowej (do decyzji chirurga). Pierwotne lub odroczone zeszycie tkanki podskórnej i skóry (do decyzji chirurga) |
| 8. | Formularz zgody – amputacja kończyny dolnej na poziomie uda |
| 9. | Formularz zgody – operacyjne leczenie krwawień z żołądka i dwunastnicy |
| 10. | Formularz zgody – zabieg endoskopowy dla pacjentów z krwawieniem do przewodu pokarmowego |
| 11. | Formularz zgody – drenaż ropnia/ krwiaka\* powłok |
| 12. | Formularz zgody – wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów) |
| 13. | Formularz zgody – gastroskopia/ panendoskopia diagnostyczna i zabiegowa |

1. **ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Ankieta anestezjologiczna/ badanie anestezjologiczne |
| 2. | Oświadczenie – zgoda na znieczulenie i opracowanie chirurgiczne rany pooperacyjnej (rodzic/ opiekun) |
| 3. | Oświadczenie – zgoda na zabieg założenia PEG  (rodzic/ opiekun) |
| 4. | Oświadczenie – zgoda na przeprowadzenie zabiegu tracheostomii (pacjent) |
| 5. | Oświadczenie – zgoda na przeprowadzenie zabiegu tracheostomii (rodzic/ opiekun) |
| 6. | Zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego (ogólna)  (pacjent) |
| 7. | Zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego (ogólna)  (rodzic/ opiekun) |

1. **ORTOPEDIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Świadoma zgoda na zabieg/ procedurę diagnostyczną/ proponowane leczenie - ogólna |

1. **ODDZIAŁ GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Zgoda na transport dziecka/ leczenie i ewentualne zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym |
| 2. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego |
| 3. | Historia choroby – ginekologia  upoważnienie i zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala oraz oświadczenie o zapoznaniu z prawami pacjenta |
| 4. | Historia rozwoju noworodka w zakresie informacji o szczepieniach |
| 5. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie procedury medycznej – indukcja porodu |
| 6. | Oświadczenie o odmowie poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym |
| 7. | Zgoda na preindukcję porodu z wykorzystaniem cewnika Foleya |
| 8. | Oświadczenie o odmowie użycia szczepionki szpitalnej oraz zwrócenie się o użycie szczepionki własnej |
| 9. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie wyłyżeczkowania macicy |
| 10. | Oświadczenie o odmowie wykonania badania przesiewowego u dziecka |
| 11. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego (laparoskopia, histeroskopia) |
| 12. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego guza (torbieli) jajnika drogą laparotomii |
| 13. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego mięśniaków macicy drogą laparotomii |
| 14. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczeni operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika |
| 15. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego zaburzeń statyki narządów płciowych drogą pochwową |
| 16. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego – ogólna |
| 17. | Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego w postaci wycięcia macicy drogą brzuszną |
| 18. | Plan porodu |
| 19. | Karta indywidualnej pielęgnacji ciężarnej – Obserwacje pielęgniarskie (cd.) –  Wskazówki pielęgniarki/ położnej przy wypisie pacjenta ze szpitala |
| 20. | Karta indywidualnej pielęgnacji położnicy – Obserwacje pielęgniarskie (cd.) –  Wskazówki pielęgniarki/ położnej przy wypisie pacjenta ze szpitala |
| 21. | Edynburska skala depresji poporodowej (EPDS) |
| 22. | Skala depresji Becka |
| 23. | Oświadczenie o zakazie spożywania gorących napojów na salach chorych przez pacjentów/ rodziców lub opiekunów |
| 24. | Karta położnicza  zgodę na proponowaną operację oraz wszelkie zabiegi, które w czasie pobytu w szpitalu mogą okazać się konieczne |

1. **Oddział chorób wewnętrznych**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Zgoda pacjenta na badanie lub leczenie – ogólna  (do zachowania wraz z kartą/ historią choroby pacjenta) |
| 2. | Zgoda pacjenta na ablację epikardialną i wszystkie procedury z tym związane |
| 3. | Oświadczenie dla pacjenta i rodzin dotyczące poinformowania  o konieczności zgłoszenia do punktu pielęgniarek w dniu wypisu – wydanie leków z depozytu/ usunięcie cewników, wenflonów i inne |

1. **RTG**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Zgoda pacjenta na badanie z użyciem środka kontrastowego – CT |
| 2. | Upoważnienie pacjenta do odbioru badań RTG/ TK osoby trzeciej |
| 3. | Zgoda na wykonanie badania RTG u dziecka |
| 4. | Potwierdzenie osobistego odbioru wyniku badania (RTG/ CT) |
| 5. | Oświadczenie pacjentki nt. ciąży |
| 6. | Skierowanie do Pracowni Tomografii Komputerowej  (zawiera oświadczenia pacjenta – zgoda na badanie z użyciem środka kontrastowego/ informacja o skutkach jego podania/ oświadczenie nt. ciąży) |

1. **Oddział Pielęgnacyjny (ZOL)**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Oświadczenie – zgoda pacjenta na poniesienie opłaty lub jej potrącenie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych związanej z przepisami dotyczącymi odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym |
| 2. | Wniosek o wydanie skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego |
| 3. | Ankieta świadczeniobiorcy w programie profilaktyki gruźlicy (zawiera zgodę pacjenta na przetwarzanie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych) |
| 4. | Zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową  (zawiera podpis osoby dokonującej zgłoszenia) |
| 5. | Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej (zawiera potwierdzenie objęcia opieką oraz wyrażenie zgody na świadczenia pielęgniarskie ujęte w przedmiotowym planie) |

1. **Druki ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA DOKUMENTU** |
|
| 1. | Oświadczenia pacjenta przy przyjęciu do poradni/ szpitala – upoważnienia pacjenta |
| 2. | Oświadczenia rodzica/ opiekuna prawnego przy przyjęciu do poradni/ szpitala – upoważnienia rodzica/ opiekuna prawnego |
| 3. | Historia choroby – ogólna  (upoważnienie i zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala oraz oświadczenie o zapoznaniu z prawami pacjenta) |
| 4. | Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej |
| 5. | Oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego |
| 6. | Oświadczenie i zgoda pacjenta na pobranie krwi |
| 7. | Prośba o zwolnienie z sekcji zwłok – oświadczenie |
| 8. | Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej |
| 9. | Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej |
| 10. | Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej |
| 11. | Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne |
| 12. | Karta badania histopatologicznego |
| 13. | Zgodna na zabieg koronarografii i wszystkie procedury z tym związane |
| 14. | Zgoda na zabieg wszczepienia rozrusznika i wszystkie procedury z tym związane |
| 15. | Zgoda na kardiowersję elektryczną i wszystkie procedury z nią związane + oświadczenie o przyjmowaniu leku PRADAXA 150mg |