



**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ**

<u>Στοιχεία ασθενή</u>	<u>Νοσοκομείο ή Κλινική</u>
Όνοματεπώνυμο:.....
Διεύθυνση:
Ημερομηνία Γέννησης:	
Φύλο Άρρεν : <input type="checkbox"/> Θήλυ: <input type="checkbox"/>	

ΙΑΤΡΟΣ (Αυτό το μέρος να συμπληρωθεί από τον ιατρό) (Ίδε σημειώσεις στη 2^η σελίδα).

Είδος εγχείρησης, διερεύνησης ή θεραπείας για την οποία χρειάζεται γραπτή απόδειξη συγκατάθεσης:

Βεβαιώ ότι έχω εξηγήσει στον ασθενή την εγχείρηση, διερεύνηση ή θεραπεία και τις υπάρχουσες ενδεδειγμένες εναλλακτικές διαδικασίες & τον τύπο της αναισθησίας αν προτάθηκε (γενικής/τοπικής/ηρεμιστικής), τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, με τρόπο ο οποίος κατά την κρίση μου είναι κατανοητός από τον ασθενή.

Υπογραφή..... (Στην παρουσία μάρτυρα – αν χρειάζεται)

Ημερομηνία..... Υπογραφή.....

Όνομα Ιατρού..... Όνομα Μάρτυρα.....

ΑΣΘΕΝΗΣ

1. Παρακαλώ διάβασε αυτό το δελτίο και τις πίσω σημειώσεις πολύ προσεκτικά.
2. Αν υπάρχει κάτι που δεν καταλαβαίνεις από την επεξήγηση, η χρειάζεσαι περισσότερες πληροφορίες πρέπει να ρωτήσεις τον ιατρό.
3. Παρακαλώ έλεγξε αν όλες οι πληροφορίες στο δελτίο είναι ορθές. Αν ναι, και κατάλαβες την επεξήγηση που σου έγινε, τότε υπόγραψε το δελτίο.

Είμαι ο/η ασθενής

Δηλώνω

A. Ότι ο γιατρός μου έχει εξηγήσει λεπτομερώς το είδος της επέμβασης, τους κινδύνους, τα ωφέληματα και τις υπαλλακτικές λύσεις της θεραπείας αυτής.

B. Ότι κατανοώ πλήρως τις επεξηγήσεις που μου δόθηκαν για τη φύση, τη ωφελιμότητα και το σκοπό της εγχείρησης, θεραπείας, ή άλλης διαδικασίας, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τις υπαλλακτικές λύσεις και τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Συμφωνώ

- A. Στο τι μου προτείνεται, το οποίο μου έχει επεξηγηθεί από τον ιατρό που αναγράφεται σ' αυτό το δελτίο.
- B. Στη χρήση του αναισθητικού που μου έχει αναφερθεί.
- Γ. Στη συμμετοχή φοιτητών ιατρικής ή ασκουμένων ιατρών κάτω από επίβλεψη (διάγραψε αν χρειάζεται). ΝΑΙ ΟΧΙ
- Δ. Στη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος . ΝΑΙ ΟΧΙ

Αντιλαμβάνομαι

- A. Ότι κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, θεραπείας ή άλλης διαδικασίας δυνατόν να προκύψουν απρόβλεπτες καταστάσεις .
- B. Ότι δεν προσφέρεται απόλυτη εγγύηση όσον αφορά το αποτέλεσμα .
- Γ. Ότι οποιαδήποτε διαδικασία πρόσθετα στη διερεύνηση ή θεραπεία που περιγράφεται σ' αυτό το δελτίο θα διεξαχθεί μόνο αν είναι απαραίτητη και για το συμφέρον της υγείας μου και μπορεί να δικαιολογηθεί για ιατρικούς λόγους

Έχω αναφέρει

στον ιατρό μου αν πάσχω από οποιαδήποτε μεταδοτική ασθένεια και δεν έχω αποκρύψει οτιδήποτε αφορά το ιατρικό μου ιστορικό.

Υπογραφή

Ημερομηνία

Σε περίπτωση ανήλικου ασθενούς (κάτω των 18 ετών) ή σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί λόγω		
.....		
.....
Μάρτυρας	Υπογραφή προσώπου Εξουσιοδοτημένου για Συγκατάθεση	Σχέση με ασθενή

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ:

ΙΑΤΡΟΥΣ

- Ο Ασθενής έχει νομικό δικαίωμα να συμπληρώσει δελτίο συγκατάθεσης πριν από εξέταση ή θεραπεία. Στους ασθενείς πρέπει να δίδονται σαφείς πληροφορίες με κατανοητό γι' αυτούς τρόπο, όσον αφορά την προτεινόμενη θεραπεία και τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις. Οι ασθενείς πρέπει να αφήνονται να αποφασίσουν αν θα συμφωνήσουν με τη θεραπεία και μπορούν να αρνηθούν ή να αποσύρουν δελτίο συγκατάθεσης τους για θεραπεία οποτεδήποτε. Η συγκατάθεση του ασθενή για θεραπεία πρέπει να καταγράφεται σ' αυτό το δελτίο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- Ο/Η ιατρός είναι εδώ για να σε βοηθήσει. Θα σου εξηγήσει την προτεινόμενη θεραπεία και ποιες είναι οι εναλλακτικές λύσεις. Μπορείς να κάνεις όποιες ερωτήσεις θέλεις και να ζητήσεις περισσότερες πληροφορίες. Μπορείς να αρνηθείς τη θεραπεία.

- Μπορείς να ζητήσεις την παρουσία συγγενή σου ή φίλου σου ή νοσοκόμας.
- Η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας είναι αναγκαία στη διατήρηση της συνέχειας των υπηρεσιών υγείας και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας. Η θεραπεία σου μπορεί να παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για τέτοια εκπαίδευση και όπου είναι αναγκαίο κάτω από την επίβλεψη του έμπειρου ιατρού. Μπορείς να αρνηθείς οποιαδήποτε ανάμειξη με επίσημο εκπαιδευτικό πρόγραμμα χωρίς αυτό να επηρεάζει το βαθμό της φροντίδας και θεραπείας σου.