

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ

| | |
|------------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο ασθενούς | |
| Ασφαλιστικός φορέας | |
| Αριθμός ΑΜΚΑ | |
| Ημερομηνία εισαγωγής | |
| Ημερομηνία συναίνεσης | |
| Τηλέφωνα επικοινωνίας | |

ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΟΡΧΕΟΠΗΞΙΑΣ

Έχετε εισαχθεί στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθείτε σε επέμβαση ορχεοπηξίας άμφω λόγω ατελούς συστροφής όρχεως ή αναταχθείσας συστροφής όρχεως

| | |
|----------|--------------------------|
| Αριστερά | <input type="checkbox"/> |
| Δεξιά | <input type="checkbox"/> |
| Άμφω | <input type="checkbox"/> |

Η προσπέλαση θα γίνει

Ανοικτά

Για το είδος της αναισθησίας θα ενημερωθείτε από τους αναισθησιολόγους.

Θα καθηλωθεί και ο υγιής όρχις.

Η έξοδος από το νοσοκομείο θα εξαρτηθεί από τη μετεγχειρητική πορεία.

Αν και η επέμβαση σας είναι μέσης βαρύτητας και η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών είναι μειωμένη, εν τούτοις οφείλεται να γνωρίζετε τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρουσιασθούν μετά οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, κατά την επέμβαση, αμέσως μετά ή αργότερα.

Οφείλετε να γνωρίζετε τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να παρουσιασθούν κατά την επέμβαση, αμέσως μετά ή και σε αργότερο χρονικό διάστημα.

Πιθανές επιπλοκές

| | | Παρατηρήσεις |
|---|----------------------------------|--------------|
| 1 | Μετεγχειρητικός πυρετός | |
| 2 | Αιμάτωμα | |
| 3 | Διάσπαση τραύματος | |
| 4 | Επιμόλυνση τραύματος | |
| 5 | Αντίδραση οργανισμού στα ράμματα | |
| 6 | Ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού | |
| 7 | Επίσχεση ούρων | |

| | | |
|---|-------------------|--|
| 8 | Ουρολοίμωξη | |
| 9 | Ορχεοεπιδιδυμίτις | |

Αν κατά την επέμβαση προκύψει οποιαδήποτε παθολογική εξεργασία που δεν ήταν δυνατόν να διαγνωστεί προηγουμένως, θα προχωρήσουμε στην κατάλληλη θεραπεία έχοντας ως γνώμονα το συμφέρον της υγείας σας και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Σημειώσεις Ιατρού

.....

.....

.....

.....

Ανέγνωσα το έντυπο συγκατάθεσης με ηρεμία και το κατανόησα. Δηλώνω κατόπιν τούτου ότι ενημερώθηκα για το είδος της επεμβάσεως που θα υποβληθώ, το σκοπό της επεμβάσεως όπως και τις ενδεχόμενες επιπλοκές και υπογράφω ότι αποδέχομαι να υποβληθώ σε επέμβαση.

| | |
|----------|--|
| Υπογραφή | |
|----------|--|

Ο ασθενής είναι:

| | |
|----------------------------------|--|
| Ανήλικος | |
| Σε φυσική αδυναμία να αποφασίσει | |

Δήλωση συναίνεσης για την επέμβαση από:

| | |
|--------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο | |
| Αριθμός Ταυτότητας | |
| Βαθμός συγγένειας | |
| Υπογραφή | |

Η υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης έγινε παρουσία του Ιατρού:

| | |
|----------------------|--|
| Όνοματεπώνυμο Ιατρού | |
| Ιδιότητα | |
| Αριθμός ΑΜΚΑ | |
| Υπογραφή | |

Το Έντυπο συντάχθηκε από την Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία

