

Viešoji įstaiga „VILNIAUS GIMDYMO NAMAI“
Tyzenhauzų g. 18A, LT-02106 Vilnius, tel.: +370 5 2623482
Kodas: 124368392

NĖŠČIŲJŲ PRIĖMIMO IR GIMDYMO SKYRIUS, tel. +370 5 2695063
NĖŠTUMO PATOLOGIJOS SKYRIUS, tel. +370 5 2695163

SUTIKIMAS CEZARIO PJŪVIO OPERACIJAI

Operacijos pavadinimas: cezario pjūvio operacija.

Numatoma operacijos data: 20__ m. _____ mėn. ____ d.

(gydytojo, atliksiančio operaciją, vardas, pavardė)

Aš, _____

(pacientės vardas, pavardė, amžius)

patvirtinu, kad:

1. susipažinau su 2026 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-89 patvirtintame Informaciniame lape apie cezario pjūvio operaciją nurodyta informacija ir ją supratau.
2. turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
3. žinau, kad turiu pasisakyti gydytojams apie visus praeityje buvusius sveikatos sutrikimus, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, narkotines medžiagas, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir kitus man žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Esu informuota apie pareigą bendradarbiauti su gydytoju, vykdyti jo paskyrimus ir nurodymus, pranešti apie bet kokius nukrypimus nuo nurodymų.
4. gydytojas man suprantamai paaiškino apie mano ir vaisiaus būklę, numatomos atlikti cezario pjūvio operacijos priežastį, esmę, žinomas ir galimas komplikacijas bei kitas svarbias aplinkybes, kurios galėjo turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsakyti cezario pjūvio operacijos, taip pat galimas pasekmes, jei operacija nebūtų atlikta.
5. man suprantamai paaiškinta, kad dėl operacijos galiu nukraujuoti ir gali prireikti perpilti kraują ar kraujo pakaitalus. Esu supažindinta su rizika. Sutinku, kad kraujas ar jo produktai būtų man perpilti, jei gydytojui nuspręstų, kad tai reikalinga. Aš žinau, kad jei įvyktų komplikacija, man bus suteikta kvalifikuota pagalba.
6. man paaiškinta, kad, įvertinus mano sveikatos būklę yra galimos šios papildomos komplikacijos:

Įvertinęs (-usi) visą gautą informaciją:

1. sutinku ir prašau, kad anksčiau nurodytą operaciją atliktų šios įstaigos gydytojai. Aš žinau, kad gydytojas gali pasikviesti kitus gydytojus asistuoti jam, dalyvauti operacijoje ar atlikti dalį jos.
2. sutinku, kad jei cezario pjūvio operacijos metu paaiškėjus, jog reikia keisti numatytą operacijos apimtį, gydytojui patys nuspręstų dėl operacijos apimties.
3. suprantu, kad operacijos metu bus vartojama skausmą malšinančių medikamentų, kurie gali sukelti laikiną kūno aptirpimą.
4. žinau, kad medicinos mokslas nėra tobulas (tikslus) ir daugelį dalykų sunku numatyti.
5. žinau, kad gydysis ligoninėje gali trukti ilgiau, negu buvo numatyta, o gijimas ir nedarbingumas gali tęstis ilgiau negu tikėtasi.
6. taip pat sutinku, kad gydytojas išplėstų operacijos apimtį ir tos pačios operacijos metu operuotų ir kitas šios operacijos metu nustatytas patologijas:

(nurodomos konkrečios galimos patologijos)

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ **laikas** _____

- Nesutinku, kad man būtų atlikta cezario pjūvio operacija. Aš buvau informuota, kad dėl to gali iškilti grėsmė mano ir/ar vaisiaus sveikatai ar gyvybei.

Pacientės vardas, pavardė, parašas _____

Data _____ **laikas** _____

Pastabos. _____

(Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo, užpildžiusio formą, vardas, pavardė, pareigos, data ir laikas)