

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Η
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ (Δ7)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: (αναγράψτε ή επικόλληση bar code)	ΗΛΙΚΙΑ: ΦΥΛΟ: <input type="checkbox"/> ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ: ΘΑΛΑΜΟΣ: ΚΛΙΝΗ: <input type="checkbox"/> ΕΠΕΙΓΟΝ <input type="checkbox"/> ΤΑΚΤΙΚΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	<input type="checkbox"/> Ο ίδιος ο ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής <input type="checkbox"/> Βαθμός Συγγένειας <input type="checkbox"/> Φίλος/Σύντροφος <input type="checkbox"/> Επώνυμο <input type="checkbox"/> Όνομα <input type="checkbox"/> Τηλέφωνο	Αιτία μη συγκατάθεσης του ίδιου του ασθενή :

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, τον σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες των συνιστώμενων από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικών ή θεραπευτικών πράξεων:

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο Ιατρού Τμήματος/Μονάδας:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους, χωρίς να αναγνωρίζονται τα χαρακτηριστικά μου.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αναγκαιότητα – σκοπός (επιλέξτε πέραν της μια επιλογής, εφόσον απαιτείται):

ΕΛΕΓΧΟΣ **ΘΕΡΑΠΕΙΑ** **ΕΝΑΡΞΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ** **ΑΛΛΟ**

Τρόπος διενέργειας : **Καθετηριασμός** **Λήψη βιολογικού δείγματος**
Ακτινογραφικός έλεγχος **Αξονική Τομογραφία** **Μαγνητική Τομογραφία**
Άλλο (περιγράψτε)

Πιθανές επιπλοκές

ΑΣΦΑΛΗΣ ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Σε περίπτωση που χρησιμοποιηθούν προσωπικές σας πληροφορίες, για ερευνητική δραστηριότητα, τα δεδομένα σας θα τύχουν επεξεργασίας, θα κωδικοποιηθούν με τη μορφή ψευδώνυμου ή αρχικών και αριθμών και δεν θα υπάρχουν πληροφορίες που θα σας ταυτοποιούν προσωπικά.

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση