

Informācija pacientam

PIEKRĪTU

Pacients vai pacienta likumiskais pārstāvis

/vārds, uzvārds, paraksts, datums, laiks/**

Arst-005 versija 02

- **Informēto piekrišanu dod un paraksta pacients vai, norādot tiesisko pamatu un ievērojot pacienta iepriekš izteikto gribu attiecībā uz ārstniecību:
- pacienta pilnvarotā persona, ja pacients ir informējis ārstniecības iestādi par pilnvarojumu un tas ietver tiesības piekrist ārstniecībai vai tās metodēm, saņemot informāciju par pacienta veselības stāvokli;
 - pacienta laulātais, bet, ja tāda nav - pilngadīgie un rīcībspējīgie radnieki šādā secībā: pacienta bērni, vecāki, brālis vai māsa, vecvecāki, mazbērni, ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību;
 - likumiskais pārstāvis, ja pacients atrodas aizbildnībā vai aizgādībā.



PIEKRIŠANA OPERĀCIJAI VAI MANIPULĀCIJAI

PACIENTA DATI:

Vārds Uzvārds

Personas kods (dzimšanas datums)

Stacionāra pacienta medicīnas kartes Nr.

Nodaļa

Medicīniskie pasākumi, tādi kā operācija vai manipulācija, parasti ir droša un neatņemama traumatoloģijas un ortopēdijas pacientu diagnostikas vai ārstēšanas daļa. Tajā pat laikā svarīgi zināt riska faktoros – liekais svars, smēķēšana, alkohola, narkotisko vielu, hormonālo līdzekļu lietošana, cukura diabēts, imūndeficīts, ķīmijterapija, reimatoīdais artrīts, psoriāze vai varikozī paplašinātas vēnas, kas palielina sarežģītumu un to seku skaitu, ieskaitot darba spējas zudumu vai pat nāvi. Lai mazinātu plānveida operācijas risku ļoti būtiska ir pirmsoperācijas izmeklēšana (analīzes, mutes dobuma un citu iespējamo infekcijas perēkļu sanācija, vairāku specialitāšu ārstu konsultācijas).

INFEKCIJA

Infekcija ir organisma inficēšanās ar baktērijām vai citiem mikroorganismiem, kas var notikt veicot ādas griezienu vai punkciju. Parasti sadzīšanas process noris bez sarežģījumiem. Lai mazinātu infekcijas risku operācijas vai manipulācijas laikā tiek ievēroti sterilitātes principi un pēc indikācijām nozīmēti antibakteriālie medikamenti. Reizēm operācijas brūcē atstāj drenāžu, lai mazinātu asinsizplūduma uzkrāšanos. Atsevišķos gadījumos var būt nepieciešamas speciālas ķirurģiskas manipulācijas, lai likvidētu infekcijas sekas.

ASIŅOŠANA

Asiņošana notiek jebkuras operācijas vai manipulācijas laikā. Tā parasti apstājas pati vai tiek apturēta asinsvadu nosienot vai koagulējot. Reizēm ir nepieciešama asins pārliešana, lai aizstātu zaudēto asins daudzumu. Asins pārliešana ir saistīta ar vairākiem riska faktoriem: aknu, nieru bojājumiem, inficēšanos ar asins pārnēsājamām infekcijām. Nav nevienas absolūti drošas metodes, kas ļautu paredzēt šos nevēlamos riskus, kuri var būt nopietni un nāvējoši. Masīva asiņošana lielo asinsvadu bojājuma rezultātā var izrādīties neapturama un kļūt par nāves cēloni.

REAKCIJA UZ MEDIKAMENTIEM, ANESTĒZIJU UN CITĀM VIELĀM

Negaidītas alerģiskas un citas reakcijas iespējamas uz jebkuru medikamentu, kaulu cementu vai narkozes līdzekli. Lai samazinātu potenciālos riskus, svarīgi informēt savu ārstējošu ārstu un anesteziologu par jebkuru reakciju, kas Jums ir bijusi lietojot medikamentus vai citas vielas. Būtiski ir informēt ārstus par to, kādus medikamentus Jūs lietojat pēdējo sešu mēnešu laikā, tajā skaitā pārtikas piedevas, vitamīnus, alkoholu, narkotiskas vielas u.c.

ASINSVADU IEKAISUMS, TROMBOZE

Nav iespējams pilnībā paredzēt vai prognozēt asinsvadu trombozi vai iekaisumu operācijas laikā. Ja veidojas asins recekļi, tie var pārvietoties no rašanās vietām uz citām organisma daļām, radot nopietnus veselības traucējumus. Profilaktiski var tikt lietoti speciāli medikamenti un/vai citas metodes.

MUGURAS SMADZEŅU UN NERVU SAKNĪŠU BOJĀJUMS

Mugurkaula operācijas laikā, anatomisku īpatnību, vai tehnisku grūtību dēļ var tikt bojātas muguras smadzenes vai nervu saknītes, kā rezultātā var iestāties paralīze (pilnīgs kustību un jušanas zudums) vai parēze (daļējs kustību un jušanas zudums).

CITI RISKI UN ĀRSTĒŠANAS IESPĒJAS

Nav iespējams iekļaut sarakstā visus ķirurģiskās operācijas vai manipulācijas riskus. Atcerieties, ka Jūsu ārstējošais ārsts ir gatavs apspriest ar Jums jebkuru jautājumu par Jums interesējošām operācijas detaļām un iespējamām sarežģījumiem.

Lai arī Jūs izvēlējāties šo ārstēšanas metodi, Jums bija iespēja izvēlēties citu metodi, iegūt informāciju par jebkuru Jūs interesējošo jautājumu, kā arī izvēlēties citu ārstu.

Man, _____

(pacienta vai tā likumīgā pārstāvja vārds uzvārds)

bija pilnībā izskaidrots mans (pacienta) veselības stāvoklis un nepieciešamie diagnostiskie un ārstnieciskie pasākumi.

Es atļauju ārstam (tālāk tekstā Ārsts) _____

(Ārsta vārds uzvārds)

un viņa izvēlētiem palīgiem veikt man (pacientam) sekojošas operācijas vai manipulācijas: _____

1. Iepriekšminēto medicīnisko pasākumu saturs, ar to saistītie riski, iespējamie sarežģījumi un sekas man ir zināmi. Esmu labi sapratis (-usi) visus Ārsta skaidrojumus.
2. Es saprotu, ka operācijas laikā var rasties neparedzēti apstākļi un situācijas, kas varētu prasīt ārstēšanas plāna izmaiņas, papildus metožu pielietošanu, lai sasniegtu iespējami labāku rezultātu, tādēļ pilnvaroju Ārstu un viņa izvēlētos palīgus to veikt.
3. Esmu piekritis (-usi) donora asins un to komponentu pārliešanai nepieciešamības gadījumā operācijas laikā vai pēcoperācijas periodā.
4. Es atļauju Ārstam uzņemt ar manu (pacienta) ārstniecības procesu saistītas fotogrāfijas un video ierakstus, neatklājot manu (pacienta) identitāti, un tos izmantot zinātniskiem un apmācības mērķiem.

Ar šo dokumentu esmu iepazinies (-usies) un saņēmis (-usi) no Ārsta tā satura skaidrojumus, tas man ir pilnībā saprotams, ko es apliecinu ar savu parakstu.

_____ Datums: 20 ____ . g. " ____ ." _____ Laiks: _____
(pacienta vai tā likumīgā pārstāvja paraksts)

_____ Datums: 20 ____ . g. " ____ ." _____ Laiks: _____
(Ārsta paraksts)



Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Laktas iela 8, Rīga, LV-1013
Tālrunis: 67337000, fakss: 67709176

INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA

NMP izsaukuma kartes Nr. _____

Es, _____
(pacienta vārds, uzvārds, personas kods)

vai pacienta likumiskais pārstāvis

(pacienta likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds, personas kods, radniecība/saistība ar pacientu)

apliecinu, ka esmu saņēmis (-usi) no neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes vadītāja

(vārds, uzvārds, NMPD ID koda numurs)

skaidrojumu par manu veselības stāvokli, slimības būtību un ārstēšanas nepieciešamību, esmu to sapratis (-usi) un **PIEKRĪTU** nogādāšanai psihiatriskajā ārstniecības iestādē:

(iestādes nosaukums)

Piezīmes (ja nepieciešams): _____

Datums (dd.mm.gggg.): _____. _____. 20 _____. un laiks _____.

Paraksti:

(Pacients vai pacienta likumiskais pārstāvis - paraksts, paraksta atšifrējums)

(NMP brigādes vadītājs - paraksts, paraksta atšifrējums)

(liecinieks (ja nepieciešams) - vārds, uzvārds, personas kods, paraksts)

(liecinieks (ja nepieciešams) - vārds, uzvārds, personas kods, paraksts)



Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Laktas iela 8, Rīga, LV-1013
Tālr. 67337000, fakss 67709176

Pacienta atteikums

NMP izsaukuma kartes Nr. _____

Pakalpojuma sniegšanas datums _____
(dd.mm.gggg.)

Es, _____,
(vārds, uzvārds)

atsakos no (atbilstošo atzīmēt ar „✓”):

<input type="checkbox"/> apskates	
<input type="checkbox"/> transportēšanas ar nestuvēm / sēdriem	
<input type="checkbox"/> nogādāšanas ārstniecības iestādē	
objektīvās izmeklēšanas:	<input type="checkbox"/> rektālas izmeklēšanas <input type="checkbox"/> glikometrijas <input type="checkbox"/> EKG pieraksta <input type="checkbox"/> termometrijas <input type="checkbox"/> pulsoksimetrijas <input type="checkbox"/> dzīvībai svarīgo orgānu funkciju monitorēšanas <input type="checkbox"/> citas: _____
medicīniskās palīdzības (manipulācijas):	<input type="checkbox"/> perorālas medikamentu ieņemšanas <input type="checkbox"/> i/m injekcijas <input type="checkbox"/> i/v injekcijas <input type="checkbox"/> kuņģa skalošanas <input type="checkbox"/> medikamentu inhalācijas <input type="checkbox"/> medikamentu ievadīšanas rektāli <input type="checkbox"/> imobilizācijas <input type="checkbox"/> citas: _____

Man saprotamā veidā esmu informēts par manu veselības stāvokli, nepieciešamo ārstēšanu un mana atteikuma iespējamajām sekām.

Paraksts _____



Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
Laktas iela 8, Rīga, LV-1013
Tālr. 67337000, fakss 67709176

Pacienta atteikums

NMP izsaukuma kartes Nr. _____

Pakalpojuma sniegšanas datums _____
(dd.mm.gggg.)

Es, _____,
(vārds, uzvārds)

atsakos no (atbilstošo atzīmēt ar „✓”):

<input type="checkbox"/> apskates	
<input type="checkbox"/> transportēšanas ar nestuvēm / sēdriem	
<input type="checkbox"/> nogādāšanas ārstniecības iestādē	
objektīvās izmeklēšanas:	<input type="checkbox"/> rektālas izmeklēšanas <input type="checkbox"/> glikometrijas <input type="checkbox"/> EKG pieraksta <input type="checkbox"/> termometrijas <input type="checkbox"/> pulsoksimetrijas <input type="checkbox"/> dzīvībai svarīgo orgānu funkciju monitorēšanas <input type="checkbox"/> citas: _____
medicīniskās palīdzības (manipulācijas):	<input type="checkbox"/> perorālas medikamentu ieņemšanas <input type="checkbox"/> i/m injekcijas <input type="checkbox"/> i/v injekcijas <input type="checkbox"/> kuņģa skalošanas <input type="checkbox"/> medikamentu inhalācijas <input type="checkbox"/> medikamentu ievadīšanas rektāli <input type="checkbox"/> imobilizācijas <input type="checkbox"/> citas: _____

Man saprotamā veidā esmu informēts par manu veselības stāvokli, nepieciešamo ārstēšanu un mana atteikuma iespējamajām sekām.

Paraksts _____



Bērnu klīniskā universitātes slimnīca

PACIENTA INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ANESTĒZIJAI/SEDĀCIJAI

Pacients _____ (vārds, uzvārds) _____ (personas kods)
 _____ (pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds) _____ (personas kods)

Operācijas/ manipulācijas veikšanai paredzēta šāda anestēzija/sedācija
 Vispārējā Reģionālā Vispārējā un reģionālā

Apliecinu, ka esmu saņēmusi(-is) skaidrojumus no ārsta:

_____ (anesteziologa vārds, uzvārds)

Man ir izskaidrota anestēzijas/sedācijas nepieciešamība, būtība, iespējamās komplikācijas, es izprotu un apzinos iespējamos riskus un blakus parādības. Saprotu, ka ārstam bez manas piekrišanas ir tiesības veikt iepriekš neplānotu ārstniecību, ja pacientam sniedzama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai ja neveiktas ārstēšanas dēļ radīsies nesalīdzināmi lielāks kaitējums viņa veselībai. Man bija iespēja uzdot jautājumus un esmu apmierināta(s) ar atbildēm.

Piedāvātajai anestēzijai/sedācijai izmeklēšanas, operācijas/manipulācijas veikšanai PIEKRĪTU.

Esmu informēta(-s), ka man ir tiesības atteikties no dotās piekrišanas.

Apliecinu, ka esmu informēta(s) un apņemos stingri ievērot un izpildīt norādījumus par pacienta uztura režīmu pirms un pēc anestēzijas/sedācijas, apzinoties tā nozīmi iespējamo sarežģījumu novēršanā. Apņemos informēt ārstu, ja kādu iemeslu dēļ ārsta noteiktais uztura uzņemšanas/dzeršanas režīms ticis pārkāpts.

Papildu informatīvais materiāls, t.sk. par informēto piekrišanu, operācijām, anestēziju/sedāciju, uztura uzņemšanas režīmu pirms un pēc anestēzijas/sedācijas publicēts Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas mājaslapā sadaļā Pakalpojumi/Noderīga informācija vecākiem „Informācija mūsu slimnīcas klientiem”

Aizpildīt anestēzijas dienā:

Lūdzu, atzīmējiet, cikos pacients pēdējo reizi ēda: _____

Cikos pacients pēdējo reizi dzēra ūdeni: _____

Vai pacientam pēdējo 2 nedēļu laikā ir bijusi vai pašreiz ir saaukstēšanās/ ir kāda vīrusu saslimšana? Jā Nē

Piezīmes (ja nepieciešams):

Vecāks/likumiskais pārstāvis _____ (paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____ (piekrītu/nepiekrītu (norādīt); paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____



PIEKRIŠANA ONKOHEMATOLOĢIJAS TERAPIJAI

Pacients _____
(vārds, uzvārds) _____ (personas kods)

(pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds) _____ (personas kods)

ĀRSTS. Apliecinu, ka esmu izskaidrojis(-is) slimības būtību un ārstēšanas nepieciešamību, tās paredzamo apjomu un riskus, t.sk., ja ārstēšanu neveic, kā arī iespējamās komplikācijas un sekas, papildu manipulācijas, kuru nepieciešamība varētu rasties konkrētās ārstēšanas laikā, alternatīvas rekomendētajai ārstēšanai un to iespējamās ieguvumus un riskus.

Ārsts _____
(specialitāte/amats, paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

PACIENTS/ Pacienta pārstāvis. Apliecinu, ka esmu saņēmusi(-is) skaidrojumus un sapratusi(-is) slimības būtību, veicamās ārstēšanas nepieciešamību, skaidrojumu par paredzamo ārstēšanas apjomu, risku, kā arī iespējamajām komplikācijām un sekām. Esmu arī informēta(-s), par piedāvātās ārstēšanas efektivitāti un citiem (alternatīviem) ārstēšanas veidiem. Apzinos, ka bez šīs terapijas pielietošanas slimības progresēšanu nevar apturēt. Izprotu, ka pacientam rekomendētā ārstēšanas programma (ārstēšanas plāns):

ir izstrādāta zinātniskas programmas ietvaros un atbilstoši tai, kādu izmanto vairāk nekā 60 Eiropas klīnikas. Izprotu, ka programmas mērķis ir izārstēšanas izredžu uzlabošana, izvēloties terapiju atbilstoši pacienta riska pakāpei. Apzinos, ka ir pacienti ar dažādu riska pakāpi, tāpēc iespējams, ka terapija nespēs kontrolēt slimību, vai pēc pirmreizējās slimības apturēšanas (remisijas) būs paasinājums (recidīvs), jo šo risku nosaka audzēja šūnu masa diagnozes noteikšanas brīdī un arī ļaundabīgo šūnu dažādas bioloģiskas īpatnības.

Man ir arī izskaidrota atšķirība starp dažādām terapijas koncepcijām un zinātniskām programmām. Esmu informēta(-s), ka koncepcija, kura tiks pielietota, balstīta slimības medikamentozā ārstēšanā, ka ķīmijterapija dalās sīkākās apakšgrupās, kurās tiek kombinēti dažādi medikamenti ļaundabīgo šūnu iznīcināšanai. Esmu informēta(-s), ka daļai pacientu koncepcijas ietvaros ir paredzēta arī staru terapija.

Man ir izskaidrots ķīmijterapijas risks, komplikācijas, piemēram, sliktas dūšas rašanās, vemšana, pastiprināta pārejoša matu izkrišana, iedarbība uz gļotādām, iedarbība uz asinsradi – kaulu smadzenēm un asins ainu, paaugstināts infekciju risks un iespējamās vēlīnas sekas, tādas kā orgānu bojājums, reproduktīvās funkcijas ietekmēšana un vēlīnu ļaundabīgu saslimšanu attīstīšanās risks.

Man ir izskaidrota staru terapijas būtība, tās iespējamās agrīnās un vēlīnās sekas, ka turpmākos papildu paskaidrojumus sniegs staru terapeits.

Man ir izskaidrots, ka gadījumā, ja slimības atbilde uz terapiju nav pietiekoša, sākotnējā terapija tiek intensificēta noteiktā laikā. Ārstēšanas rezultātu uzlabošana iespējama tikai, sadarbojoties dažādām klīnikām, tāpēc es neiebilstu pret pacienta datu nodošanu starptautiskajiem onkohematoloģisko pacientu reģistriem.

Esmu informēta(-s), ka man ir tiesības izvēlēties citu ārstēšanas veidu vai atteikties no ārstēšanas.

Man bija iespēja uzdot jautājumus, esmu apmierināta(s) ar atbildēm uz tiem. Šobrīd esmu pietiekoši informēta(-s), man nav citu jautājumu, un **piedāvātajai ārstēšanas programmai PIEKRĪTU.**

Piezīmes (ja nepieciešams):

Vecāks/likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(piekrītu/nepiekrītu (norādīt); paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

PACIENTS/ Pacienta pārstāvis aizpilda ATTEIKUMA GADĪJUMĀ:

Pēc ārsta sniegtās informācijas, izskaidrošanas es tomēr **NEPIEKRĪTU** rekomendētajai ārstēšanas programmai. Es pilnībā apzinos risku dzīvībai un veselībai un uzņemos pilnu tiesisku atbildību par manas rīcības sekām. Es apzinos, ka gadījumā, ja pacienta dzīvība nav apdraudēta, ārsts sakarā ar šo atteikumu ir tiesīgs atteikties no turpmākās pacienta ārstēšanas. Esmu informēts, ka atļauju pacienta ārstniecībai Pacientu tiesību likumā noteiktajā kārtībā var dot pacienta likumiskais pārstāvis, bāriņtiesa vai, ja nepieciešams nekavējoties uzsākt ārstēšanu, ārstu konsīlijs.

Likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

Ja pacienta likumiskais pārstāvis vai pilngadīgs pacients atsakās parakstīt atteikumu:

Apstiprinām, ka patients/pacienta likumiskais pārstāvis augstāk, minēto informāciju un skaidrojumus tās sakarā saņēma un izprata, tomēr nepiekrīta piedāvātajai ārstēšanai un atteicās rakstiski apliecināt atteikšanos no tās.

Ārsts _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

**PACIENTA INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA OPERĀCIJAI/ MANIPULĀCIJAI/
ĀRSTNIECĪBAS PROGRAMMAI**Pacients _____
(vārds, uzvārds) (personas kods)

(pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds) (personas kods)

Rekomendētās operācijas/ manipulācijas/ ārstniecības programmas nosaukums**Operācijas/ manipulācijas puse (apvilkt):** labā / kreisā / nav piemērojams**Operācijas/ manipulācijas veikšanai paredzēta (atzīmēt)**Vispārējā anestēzija Lokālā (reģionālā) anestēzija Vispārēja un reģionālā anestēzija Anestēzija netiek plānota

ĀRSTS. Apliecinu, ka esmu izskaidrojusi(-is) operācijas/ manipulācijas/ ārstniecības programmas būtību, prognozētos ieguvumus, iespējamos riskus un komplikācijas, t.sk., ja operāciju/ manipulāciju/konkrēto ārstniecību neveic, t.sk. īpaši akcentējamos riskus konkrētajam pacientam, alternatīvas rekomendētajai ārstniecības programmai/ operācijai/manipulācijai, to ieguvumus un riskus, iespējamās papildu manipulācijas, kuru nepieciešamība varētu rasties konkrētās ārstniecības laikā:

Ārsts _____
(specialitāte/amats, paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

PACIENTS. Apliecinu, ka esmu saņēmusi(-is) skaidrojumus un sapratusi(-is) slimības būtību, ārstniecības programmas/ veicamās operācijas/ manipulācijas nepieciešamību, izskaidrojumu par paredzamo ārstniecības/ operācijas/ manipulācijas apjomu un tās risku, kā arī iespējamām komplikācijām un sekām. Saprotu, ka operācijas/manipulācijas laikā ārstam bez manas piekrišanas ir tiesības veikt iepriekš neplānotas izmaiņas vai papildu procedūras, ja pacientam sniedzama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai ja neveiktās ārstēšanās dēļ radīsies nesalīdzināmi lielāks kaitējums viņa veselībai.

Man bija iespēja uzdot jautājumus, esmu apmierināta(s) ar atbildēm uz tiem un **pacientam paredzētajai operācijai/ manipulācijai/ ārstniecības programmai, PIEKRĪTU.**

Esmu informēta(-s), ka man ir tiesības atteikties no dotās piekrišanas.

Esmu informēts, ka terapijas laikā ārstēšana var tikt atcelta, pamatojoties uz terapijas atcelšanas kritērijiem.

Papildu informatīvais materiāls, t.sk. par informēto piekrišanu, operācijām, anestēziju publicēts Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas mājas lapā sadaļā Pakalpojumi/Noderīga informācija vecākiem „Informācija mūsu slimnīcas klientiem”.

Piezīmes (ja nepieciešams):

Vecāks/likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(piekrītu/nepiekrītu (norādīt); paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

PACIENTS/ Pacienta pārstāvis aizpilda ATTEIKUMA GADĪJUMĀ:

Pēc ārsta sniegtās informācijas, izskaidrošanas es tomēr **NEPIEKRĪTU rekomendētajai operācijai/manipulācijai/ārstniecības programmai**. Es pilnībā apzinos risku dzīvībai un veselībai un uzņemos pilnu tiesisku atbildību par manas rīcības sekām. Es apzinos, ka gadījumā, ja pacienta dzīvība nav apdraudēta, ārsts sakarā ar šo atteikumu ir tiesīgs atteikties no turpmākās pacienta ārstēšanas. Esmu informēts, ka atļauju pacienta ārstniecībai Pacientu tiesību likumā noteiktajā kārtībā var dot pacienta likumiskais pārstāvis, bāriņtiesa vai, ja nepieciešams nekavējoties uzsākt ārstēšanu, ārstu konsīlijs.

Likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.

Ja pacienta likumiskais pārstāvis vai pilngadīgs pacients atsakās parakstīt atteikumu:

Apstiprinām, ka pacients/pacienta likumiskais pārstāvis augstāk minēto informāciju un skaidrojumus tās sakarā saņēma un izprata, tomēr nepiekrita piedāvātajai ārstēšanai un atteicās rakstiski apliecināt atteikšanos no tās.

Ārsts _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Datums (dd.mm.gggg.): _____._____.20_____. un laiks _____.