**ZARZĄDZENIE NR 25/2025**

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –   
Państwowego Instytutu Badawczego

z dnia 17 kwietnia 2025 r.

**w sprawie zmiany Zarządzenia Nr 7/2022 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie wzorów formularzy „Zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego” oraz „Zgody na leczenie systemowe z informacją o możliwych skutkach ubocznych chemioterapii”**

Na podstawie § 7 Statutu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –   
Państwowego Instytutu Badawczego, zarządza się, co następuje:

**§ 1**.

W Zarządzeniu Nr 7/2022 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 27 stycznia 2022 r.   
w sprawie wprowadzenia do stosowania w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie wzorów formularzy „Zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego” oraz „Zgody na leczenie systemowe   
z informacją o możliwych skutkach ubocznych chemioterapii” załącznik nr 1 „Zgoda na wykonanie zabiegu operacyjnego”otrzymuje brzmienie załącznika do niniejszego Zarządzenia.

**§ 2.**

Pozostałe zapisy zarządzenia nie ulegają zmianie.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

Załącznik do Zarządzenia Nr 25/2025

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –   
Państwowego Instytutu Badawczego  
z dnia 17 kwietnia 2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie** | | | | | | | | |
| Jednostka/komórka organizacyjna  (pełna nazwa lub pieczątka nagłówkowa) | | **ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU**  **OPERACYJNEGO** | | | | | | |
| ***nazwisko i imię*** | | | | | 🞏 **K** | **PID** | | |
| 🞏 **M** | **PESEL** | | |
| **Rozpoznanie** | | | | | | | |  |
| **Planowane leczenie** | | | | | | | |  |
| Niniejszym oświadczam, że w dniu | | |  | | | | | |
| (dzień, miesiąc, rok) | | | | | |
| w Narodowym Instytucie Onkologii  im. Marii Skłodowskiej-Curie  **–** Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie,  Pani/Pan | | | |  | | | |  |
| (imię i nazwisko lekarza) | | | | |
| przeprowadziła / przeprowadził ze mną rozmowę dotyczącą planowanego u mnie postępowania leczniczego, obejmującego: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | |
| (należy wyszczególnić rodzaj zabiegu operacyjnego) | | | | | | | | |
| Oświadczam, że podczas przedmiotowej rozmowy, uzyskałam/em od wyżej wymienionego lekarza przystępną, zrozumiałą  i wyczerpującą informację o:   * moim stanie zdrowia, * rozpoznaniu, * proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, w tym rodzaju i celu planowanego zabiegu operacyjnego oraz innych sposobach leczenia (zamiast proponowanego zabiegu operacyjnego), jak również o ryzyku i powikłaniach, *w szczególności takich jak:*   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(wpisać jakich)*   * mogącej zaistnieć konieczności podania mi krwi lub preparatów krwiopochodnych w trakcie planowanego zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach. | | | | | | | | |
| Ponadto, w trakcie przedmiotowej rozmowy, miałam/em możliwość zadania lekarzowi pytań dotyczących sposobu wykonania usługi medycznej, jej celowości oraz grożących powikłań i otrzymałam/em od wyżej wskazanego lekarza, przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania w zakresie jak powyżej.  Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny obarczony jest ryzykiem wystąpienia zakażenia szpitalnego. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że każdy zabieg operacyjny, znieczulenie, podanie krwi lub preparatów krwiopochodnych oraz innych leków pociąga za sobą ryzyko powikłań (w tym poważnych, a nawet śmierci), które mogą wystąpić nawet przy zachowaniu najwyższych standardów w zakresie wiedzy, umiejętności i opieki medycznej. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że mam pełną świadomość niemożności udzielenia mi gwarancji uniknięcia ryzyka i/lub powikłań mogących wyniknąć  z planowanego zabiegu operacyjnego, podania krwi lub preparatów krwiopochodnych i użycia materiałów medycznych. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że przyjmuję również do wiadomości, że w trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności w ramach obowiązujących przepisów prawa. | | | | | | | | |
| **Potwierdzam, że przyjęłam / przyjąłem do wiadomości i zrozumiałam / zrozumiałem powyższe informacje, w tym w szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań związanych z zabiegiem operacyjnym (przekazane przez lekarza).** | | | | | | | | |

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

🞏 wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,

🞏 podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),

🞏 przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.

………………………………………………………………………………………………………..

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**NIE WYRAŻAM ZGODY NA:**

🞏 wykonanie planowanego zabiegu operacyjnego,

🞏 podanie mi krwi i/lub produktów krwiopochodnych (o ile zaistnieje taka potrzeba),

🞏 przechowywanie i wykorzystywanie pobranych ode mnie materiałów biologicznych do celów diagnostycznych, leczniczych i naukowych.

………………………………………………………………………………………………………..

DATA, CZYTELNY PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

|  |
| --- |
| *Pieczątka i podpis lekarza* |

Oświadczenie przyjąłem/przyjęłam

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu: | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |