

## პაციენტის ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე

პაციენტი (სახელი; გვარი; პირადი ნომერი): \_\_\_\_\_

მე, პაციენტმა ან კანონიერმა წარმომადგენელმა, მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

(წარმომადგენლის შემთხვევაში სახელი; გვარი; პირადი ნომერი; პაციენტთან კავშირი)

მკურნალმა ექიმმა მომანოდა შემდეგი ინფორმაცია:

### 1. სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ:

კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე, ინსტრუმენტალური გამოკვლევების გათვალისწინებით დასმულია წინასწარი/შემოსვლის/გამომგზავნის დიაგნოზი \_\_\_\_\_

კლინიკური დიაგნოზი: \_\_\_\_\_

აღნიშნული	პათოლოგიის	სამკურნალო	ოპტიმალური	ტაქტიკა	არის
მკურნალობა:					

(კონსერვატიული / ოპერაციული შემთხვევაში ოპერაციის სახელის მითითებით)

**2. სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგები:** გაცნობიერებული მაქვს, რომ ნებისმიერი მკურნალობისას, შედეგის გარანტია ან დაპირება შეუძლებელია. ექიმის მიერ ახსნილი მაქვს, რომ მიუხედავად მართებულად ჩატარებული მკურნალობისა, მაინც მოსალოდნელია, როგორც დაავადების გაღრმავება, ასევე სხვადასხვა გართულებების განვითარება და მიუხედავად სრულყოფილად ჩატარებული მკურნალობისა, შესაძლოა სრული გამოჯანმრთელება არ დადგეს. ასევე ინფორმირებული ვარ, რომ ნებისმიერ მედიკამენტოზურ ან ოპერაციულ ჩარევას აქვს როგორც საშუალო ეფექტი, ასევე შემდგომი გართულების რისკები/ეფექტი.

მიუხედავად ამისა, დარწმუნებული ვარ, რომ შემოთავაზებული მკურნალობის ტაქტიკა არის საუკეთესო და ოპტიმალური არჩევანი ჩემი/ჩემი ახლობლის სამკურნალოდ, რათა შემცირდეს დაავადების პროგრესირებისა და შემდგომი შექცევადი თუ შეუქცევადი გართულებების რისკი.

### 3. პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ:

ვაცნობიერებ, რომ მკურნალობის პროცესში და მის შემდგომ პერიოდში, შესაძლებელია სხვადასხვა გართულებების განვითარება როგორცაა: კუჭისა და ნაწლავების სტრესული წყლული, ეროზიები, გასტროდუოდენალური ან სხვა. სისხლდენა, სხვადასხვა ინფექციური გართულებები, სეფსისი, ანაფილაქსიური შოკი და სხვა ალერგიული რეაქციები, მსხვილი ან პერიფერიული არტერიების ან ვენების თრომბოზი, ემბოლია (ფილტვის არტერიის, მეზენტერიული არტერიების და სხვა), ასპირაციული სინდრომი, მთავარდუმიის ინფარქტი, ასისტოლია (გულის გაჩერება), გულსისხლძარღვთა უკმარისობა, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, თირკმლის ან/და ღვიძლის უკმარისობა, სასუნთქი სისტემის და სხვა სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები, რომელთაც შეიძლება მოჰყვეს ლეტალური (სასიკვდილო) გამოსავალი. ჭრილობის შემთხვევაში გართულებები (ინფექტური, ჩირქოვანი ნეკროზული პროცესები, კელოიდური ნაწიბური), საოპერაციო მიდგომისას/ინტრაოპერაციულად შესაძლოა მოხდეს სისხლძარღვების ან/და ნერვის/ების დაზიანება, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს შექცევადი ან შეუქცევადი პროცესების ჩამოყალიბება. ასევე ვაცნობიერებ, რომ მკურნალობის მსვლელობაში შეიძლება შეიცვალოს დაგეგმილი მკურნალობის ტაქტიკა, ჩარევის მოცულობა, შესაძლოა გახდეს საჭირო სხვადასხვა ინტერვენციული დიაგნოსტიკურ-სამკურნალო პროცედურების ჩატარება, რაზედაც წინასწარ ვაცხადებ თანხმობას.

### 4. განმარტებული სამედიცინო მომსახურების სხვა ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანხმობის რისკებისა და შესაძლო ეფექტების შესახებ:

ექიმმა მომანოდა ინფორმაცია მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ და ერთობლივი გადაწყვეტილებით შევთანხმდით მკურნალობის ტაქტიკაზე.

**5. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ :**

შესაძლოა მოხდეს არსებული პათოლოგიური პროცესის პროგრესირება, რასაც შესაძლოა მოყვეს სხვადასხვა სახის გართულება, შექცევადი თუ შეუქცევადი პათოლოგიური პროცესების განვითარება, რის შედეგადაც შესაძლოა დადგეს გამოჯანმრთელება/დროებითი ან ხანგრძლივი შრომისუნარობა/პირის შესაძლებლობის სრული ან ნაწილობრივი შეზღუდვამონო ან პოლიორგანული უკმარისობა/ლეტალური გამოსავალი (სიკვდილი).

**6. ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ:** ინფორმირებული ვარ(თ), რომ მკურნალობის თანხის ის ნაწილი, რომელიც არ იფარება სახელმწიფო/მუნიციპალური პროგრამების ფარგლებში ან/და რომელიმე კერძო სადამდგვეო ხელშეკრულებით, გადასახდელი იქნება ჩემ (პაციენტის ან/და პაციენტის თავდების) მიერ. **პაციენტს/პაციენტის ახლობელს პასუხი გაეცა ყველა სხვა მისთვის საინტერესო შეკითხვაზე.**

ექიმი \_\_\_\_\_ ხელმოწერა: \_\_\_\_\_  
(სახელი ,გვარი)

\_\_\_\_\_  
(თარიღი)

გავეცანი ზემოთმოყვანილ ტექსტს, მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა შეკითხვაზე (მკურნალობის ტაქტიკის, გართულებების, ალტერნატიული მეთოდებისა და მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგების შესახებ, ასევე ფინანსური საკითხების შესახებ) და თანახმა ვარ შემოთავაზებულ მკურნალობის ტაქტიკაზე, რასაც ვადასტურებ საკუთარი ხელმოწერით \_\_\_\_\_  
პაციენტის ხელმოწერა: \_\_\_\_\_  
(სახელი ი .გვარი)

რიცხვი \_\_\_\_\_

გავეცანი ზემოთმოყვანილ ტექსტს, მივიღე/თ პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა შეკითხვაზე (მკურნალობის ტაქტიკის, გართულებების, ალტერნატიული მეთოდებისა და მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგებისა და ასევე ფინანსური საკითხების შესახებ) და თანახმა ვარ(თ) შემოთავაზებულ მკურნალობის ტაქტიკაზე, რასაც ვადასტურებ/თ საკუთარი ხელმოწერით \_\_\_\_\_  
(სახელი გვარი,ნათესაური კავშირი)

**პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის  
ხელმოწერა** \_\_\_\_\_

(თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის ან არაადეკვატურია)

რიცხვი \_\_\_\_\_ **პაციენტი/პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი არ არის თანახმა შეთავაზებულ მკურნალობაზე.**

გავეცანი ზემოთმოყვანილ ტექსტს, ექიმმა ამიხსნა მკურნალობის ტაქტიკა და მისი შესაძლო შედეგები, ასევე მომანოდა ინფორმაცია მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგად შესაძლო გართულებების განვითარების შესახებ, ნათლად ვაცნობიერებ მკურნალობაზე უარის თქმის შესაძლო შედეგებს, მაგრამ მიუხედავად ამისა **უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ მკურნალობაზე** და კატეგორიულად მოვითხოვ ჩემ ბინაზე გაწერას, რასაც ვადასტურებს საკუთარი ხელმოწერით \_\_\_\_\_  
პაციენტის ხელმოწერა: \_\_\_\_\_  
(სახელი ი .გვარი)

რიცხვი \_\_\_\_\_

გავეცანი(თ) ზემოთმოყვანილ ტექსტს, ექიმმა ამიხსნა მკურნალობის ტაქტიკა და მისი შესაძლო შედეგები, ასევე მომანოდა ინფორმაცია მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგად შესაძლო გართულებების განვითარების შესახებ, ნათლად ვაცნობიერებ(თ) მკურნალობაზე უარის თქმის შესაძლო შედეგებს, მაგრამ მიუხედავად ამისა **უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ მკურნალობაზე** და კატეგორიულად მოვითხოვ ჩვენი ნათესავის/ახლობლის ბინაზე გაწერას, რასაც ვადასტურებ(თ) საკუთარი ხელმოწერით. **პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის** \_\_\_\_\_

(სახელი გვარი,ნათესაური კავშირი)

ხელმოწერა \_\_\_\_\_

(თუ პაციენტი კონტაქტში ვერ შემოდის ან არაადეკვატურია)

რიცხვი \_\_\_\_\_