

Nafn stofnunar _____

Samþykki til skurðaðgerðar, svæfingar, deyfingar, sérstakrar rannsóknar eða annarrar inngripsaðgerðar

Nafn sjúklings (stensill)

A. Yfirlýsing um samþykki

1. Ég samþykki að _____ læknir, og samstarfsfólk hans framkvæmi á mér neðangreinda(r) aðgerð(ir):

Ég samþykki einnig að í undantekningar- og/eða neyðartilviki framkvæmi annar tilkvaddur læknir aðgerðina. Mér verði tilkynnt um það fyrirfram, sé þess nokkur kostur. Í því tilviki óska ég þess að

_____ eða _____

læknar framkvæmi aðgerðina.

2. _____ læknir hefur skýrt mér frá tilgangi, eðli og afleiðingum aðgerðarinnar sem nauðsynleg er til að greina eða meðhöndla vandamál mitt. Hann hefur rætt aðrar mögulegar aðferðir til meðhöndlunar og líklegan árangur þeirra. Ég skil hættu á fylgikvillum, sem orðið geta í kjölfar aðgerðar bæði af þekktum orsökum og óþekktum. Mér hefur einnig verið tjáð að vandamál á borð við blæðingu og sýkingu geta komið fram við allar aðgerðir.
3. Mér hefur verið tjáð að í tengslum við aðgerðina (fyrir, á meðan og á eftir) geti ég fengið eða læknir minn greint ný vandamál sem ekki urðu séð fyrir. Þessi vandamál gætu valdið því að aðrar aðgerðir eða viðbótaraðgerðir séu ráðlegar eða verði nauðsynlegar. Ég heimila læknum mínum því framkvæmd slíkra viðbótaraðgerða eða þeirra aðgerða annarra sem þeir telja nauðsynlegar.
4. Mér hefur verið tjáð að svæfingalæknir gefi mér svæfingar- eða deyfilyf í tengslum við aðgerðina. Mér hefur verið skýrt frá eðli lyfjanna og aukaverkunum þeirra og heimila ég notkun þeirra.

5. Mér hefur einnig verið tjáð og ég skil að læknisfræði getur verið óviss vísindi. Enga fullvissu er því unnt að veita um árangur aðgerðarinnar.
6. Ég heimila að heilbrigðisstarfsfólk í námi geti horft á aðgerðina og taka megri upp myndir og hljóð við aðgerðina enda sé slíkt gert í þágu menntunar og þekkingar. Mér hefur verið tjáð að persónuauðkenni mín verði ekki sýnileg á slíkum myndum.
7. Ég samþykki að ganga megri frá hvers konar vefjum eða líkamshlutum sem fjarlægðir eru við aðgerðina. Ennfremur heimila ég að vefi, líkamshluta og líkamsvökva sem fjarlægðir eru við aðgerðina megri nota til vísindarannsókna - liggri samþykki siðanefndar fyrir um framkvæmd rannsóknarinnar.

Með undirskrift minni staðfesti ég:

1. að ég hef lesið og samþykkt ofanskráð
2. að mér hefur verið gerð grein fyrir þeirri aðgerð sem gerð verður og ég hef allar þær upplýsingar sem ég æski, og
3. að ég hér með leyfi framkvæmd aðgerðarinnar.

B. Undirskriftir

a. Undirskrift sjúklings _____

b. Undirskrift fulltrúa sjúklings (ef sjúklingur er ófær um það sjálfur (getið um ástæðu))

c. Undirskrift læknis _____

(með undirskrift minni er staðfest að ég veitti sjúklingi þær upplýsingar sem ég tel réttastar um þessa aðgerð)

Vinsamlegast athugaðu að þú getur samþykkt öll ofanskráð atriði eða einungis hluta þeirra með undirskrift þinni. Vinsamlegast strikaðu yfir þau atriði sem þú samþykkir ekki.

Með þessari undirskrift afsalar þú þér ekki rétti til að sækja mál þitt vegna mistaka.