

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA/ZABIEGU
W CZASIE TRWANIA PANDEMII WYWOŁANEJ WIRUSEM SARS-CoV-2.**

Pacjent: PESEL

Nazwa proponowanego badania diagnostycznego lub zabiegu operacyjnego:

INFORMACJA DLA PACJENTA:

Ocena wskazań do wykonania procedury diagnostyczno-leczniczej.

U Pani/Pana w oparciu o wcześniejszą konsultację lekarską oraz uzyskane informacje o stanie zdrowia istnieje wskazanie do wykonania wyżej wymienionej procedury diagnostyczno-leczniczej, która obarczona jest zwiększonym ryzykiem zachorowania na zakaźną chorobę COVID-19. Nie jest to procedura wymagająca wykonania w trybie doraźnym lub pilnym, jednakże zaniechanie jej wykonania może w przyszłości skutkować opóźnieniem rozpoznania lub postępu choroby. W chwili obecnej opierając się na dotychczas uzyskanych informacjach medycznych nie można jeszcze stwierdzić, czy opóźnienie rozpoznania choroby w Pani/Pana przypadku może mieć negatywny wpływ na stan zdrowia. Możliwe, że opóźnienie diagnostyki i leczenia nie będzie prowadziło do pogorszenia stanu zdrowia, jednakże również możliwe jest że do tego doprowadzi.

Opis choroby wywołanej wirusem SARS-CoV-2

Wirus SARS-CoV-2 (ang. Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2) należy do rodziny *Coronaviridae*, posiada pojedynczą nicię RNA o dodatniej polaryzacji (ssRNA +) i wywołuje wśród ludzi zachorowania na chorobę nazwaną COVID-19 (ang. Corona-Virus-Disease-2019).

Uważa się, że koronawirusy w większości przypadków są przenoszone z człowieka na człowieka drogą kropelkową, albo poprzez inhalację wydzieliny generowanej w trakcie kichania lub kaszlu albo poprzez kontakt tej wydzieliny ze śluzówkami. Inne, rzadsze drogi szerzenia koronawirusów, to przeniesienie materiału zakaźnego z zanieczyszczonych powierzchni na śluzówki oraz inhalacja aerozolu powstającego w trakcie procedur generujących aerozol. SARS-CoV-2 jest wykrywany w wydzielinie z dróg oddechowych, w kale oraz rzadko we krwi, jednak nie ma dowodów na transmisję zakażenia drogą krwi.

Nie jest jasna zależność pomiędzy ryzykiem przeniesienia zakażenia a drogami transmisji, czy też stadium i stopniem zaawansowania choroby. Istnieje coraz więcej dowodów na to, że osoby, u których choroba przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo są istotnym czynnikiem rozprzestrzeniania się zakażenia. Według ostatnich doniesień wirus może pojawić się w wydzielinach z dróg oddechowych nawet 48 godzin przed wystąpieniem objawów, a jego sekrecja może utrzymywać się, zwłaszcza u osób chorujących objawowo, nawet powyżej 28 dni.

Choroba objawia się najczęściej gorączką, kaszlem, dusznościami, bólami mięśni i zmęczeniem. Ciężki przebieg choroby obserwuje się u ok.15-20% osób, śmiertelność u osób zarażonych ocenia się na 3-5%.

Opis ryzyka związanego z wykonaniem badania lub zabiegu w trakcie trwania pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2

Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w większości przypadków przenoszone jest drogą oddechową bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale również poprzez kontakt z wydzieliną chorego pacjenta znajdującą się w jego kale, innych wydzielinach lub na powierzchniach z którymi chory pacjent miał styczność. W zależności od rodzaju powierzchni wirus może się na niej utrzymywać nawet do 3 dni. Ponieważ zakażenie przenoszone jest głównie drogą kropelkową, miejscem zarażenia mogą być również powierzchnie z którymi może Pani/Pan mieć styczność. Dotychczas dostępne dane naukowe wykazują, że ponad połowa zakażonych osób przechodzi chorobę bezobjawowo, stąd nie ma możliwości odróżnienia pacjentów zdrowych od tych chorych którzy nie mają jakichkolwiek objawów. Do zakażenia może dojść w każdej sytuacji gdy zaistnieje kontakt z wydzieliną, choć jest bardziej prawdopodobne jeśli bezpośredni kontakt z osobą chorą trwa powyżej 15 minut a odległość do tej osoby jest mniejsza niż 2 metry.

Dotychczas przeprowadzone badania wykazały, że personel medyczny stanowi ok. 17-20% potwierdzonych przypadków zarażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce. U większości z nich choroba przebiega bezobjawowo, stąd nie można ich odróżnić od zdrowej części personelu medycznego. Ponadto stwierdzono, że ok.30% chorych ulega zakażeniu w miejscach opieki medycznej takich jak domy pomocy społecznej, przychodnie lub szpitale. Z tego powodu kontakt pacjentów z tymi ośrodkami wiąże się z większym ryzykiem zakażenia. Dotyczy to także Pani/Pana.

Należy przy tym zaznaczyć, że pozostałe ok.70% chorych ulega zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 poza placówkami medycznymi, stąd zgodnie z zaleceniami całe społeczeństwo powinno się stosować do ograniczeń rekomendowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego.

Istnieje też możliwość, że Pani/Pan jest już zarażona/y wirusem SARS-CoV-2 a choroba przebiega bez żadnych objawów. Gdyby tak było, to w świetle najnowszych badań zabieg operacyjny może stanowić dla Pani/Pana poważne zagrożenie dla zdrowia, gdyż u ponad 50% zainfekowanych pacjentów występują pooperacyjne powikłania oddechowe, które w ponad 30% przypadków mogą prowadzić do śmierci pacjenta. Osoby najbardziej narażone to mężczyźni, po 70 roku życia, operowani doraźnie lub z chorobą nowotworową.

Dodatkowe zagrożenia wynikające z zarażenia wirusem SARS-CoV-2

Okres inkubacji, czyli rozwoju choroby COVID-19 wynosi do 7 dni od momentu zarażenia. Do tego czasu wykonywane testy na obecność wirusa mogą dawać wyniki fałszywie ujemne, co oznacza, że mogą nie rozpoznać rozwijającej się choroby. Takie

osoby najczęściej nie mają jakichkolwiek objawów choroby, jednakże w tym czasie mogą już zarażać innych pacjentów. Wynika z tego, że nie możemy nigdy być pewni, że osoba z którą się Pani/Pan spotyka jest zdrowa. Dotyczy to też innych pacjentów przebywających w placówce medycznej a także personelu zatrudnionego w tej placówce. Decyzją Ministra Zdrowia w Polsce powstały specjalnie szpitale, tzw. jednoimienne przystosowane dla pacjentów z chorobą COVID-19. Pani/Pan ma mieć przeprowadzone badanie/zabieg w placówce medycznej przeznaczonej dla pacjentów bez choroby COVID-19, jednakże zważając na duży odsetek chorych bezobjawowych nie może być Pani/Pan pewny, że podczas przeprowadzanych procedur medycznych w naszej placówce nie nastąpi kontakt z wydzieliną chorego na COVID-19 pacjenta. Tym samym ryzyko zachorowania w istotny sposób się zwiększa.

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA UDZIELANIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

Nazwa proponowanego badania diagnostycznego lub zabiegu operacyjnego:

.....

Oświadczam, że w dniu..... o godz..... Lekarz przeprowadził ze mną rozmowę podczas której poinformował mnie wyczerpująco o moim stanie zdrowia, istocie mojej choroby oraz o możliwościach leczenia i rokowaniu. Przedstawił informacje dotyczące planowanych wobec mnie a związanych z moim stanem zdrowia świadczeniach zdrowotnych tj. badaniach diagnostycznych, leczeniu i ewentualnym leczeniu zabiegowym. Poinformował mnie dodatkowo o zagrożeniach wynikających z pandemii SARS-CoV-2.

Lekarz wyjaśnił mi zarówno korzyści jak i następstwa oraz rokowanie związane z proponowanym postępowaniem. Zostałam/em poinformowana/y o mogących wystąpić powikłaniach związanych z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, a Lekarz udzielił mi wszelkich odpowiedzi na pytania z nimi związane. Informacje te zrozumiałam/em. Lekarz poinformował mnie również o powikłaniach i konsekwencjach związanych z proponowanym świadczeniem zdrowotnym oraz o ryzyku zachorowania na chorobę COVID-19.

Poinformował mnie wystarczająco o możliwościach ewentualnego wyboru świadczeń zdrowotnych dotyczących mojego stanu zdrowia. Lekarz wyjaśnił również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postępowanie. Poinformował mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych jak i technicznych wynikających ze stwierdzonego w trakcie udzielanego świadczenia zdrowotnego stanu zaawansowania procesu chorobowego, które mogą zmusić lekarza udzielającego świadczenie do jego przerwania i/lub zmiany postępowania poprzez poszerzenie lub zmniejszenie jego zakresu jak również odstąpienia od jego wykonywania.

Ponadto, zostałam/em poinformowana/y o możliwości rozmowy z lekarzem bezpośrednio przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego w celu wyjaśnienia moich ewentualnych dalszych pytań związanych z tym świadczeniem.

Dodatkowo otrzymałam/em i zapoznałam/em się z pisemnymi informacjami o proponowanym świadczeniu zdrowotnym zawierającymi między innymi opis świadczenia zdrowotnego, powikłania jakie w związku z nim mogą wystąpić oraz o zagrożeniu zainfekowaniem mnie wirusem SARS-CoV-2. Informacje te zrozumiałam/em.

W związku z powyższym oświadczam, że zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. z dnia 28 lutego 2020 r. Dz.U. z 2020 r. poz. 514) w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący zostałam poinformowany przez lekarza, który wyjaśnił mi wszystkie wątpliwości jakie miałam/em w związku z planowanym świadczeniem zdrowotnym i wyjaśnienia te zrozumiałam/em.

Wyrażam zgodę na udzielanie mi zaproponowanych świadczeń zdrowotnych	
TAK* _____ data _____ podpis Pacjenta _____	NIE* _____ data _____ podpis Pacjenta _____
<i>Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta wyrażam zgodę na udzielanie mu zaproponowanych świadczeń zdrowotnych</i>	
TAK* _____ data _____ podpis Przedstawiciela ustawowego _____	NIE* _____ data _____ podpis Przedstawiciela ustawowego _____
<i>Dane Przedstawiciela ustawowego:</i>	
<i>Imię i nazwisko :</i>	<i>PESEL :</i>
<i>Adres :</i>	<i>Telefon :</i>

Data:.....

Pieczętka i podpis Lekarza.....