

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT ÎN VEDEREA OPERAȚIEI

Subsemnata _____
în _____

domiciliat

_____ legitimat cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____ în calitate de:
pacient suferind de **fibrom uterin** consimt să urmez operația următoare **miomectomie laparoscopică cu plasarea temporară de clipuri la nivelul trunchiului anterior al arterei iliace interne** pe cale laparoscopică :

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei operații/tratament, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către medicul curant, Dr. Pirtea Laurentiu. Mi s-au prezentat riscurile asociate: **sângerare, leziune ureter, leziune de vase iliace, leziune de tract digestiv, limforagie, infecție** precum și riscurile imprevizibile consecințele pe care le presupune intervenția, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația pe care urmează să îl efectuez. Declar că sunt conștientă de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul intervenției/tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei operații/tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc ca nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la operația/tratamentul prezentat.

Sunt de acord ca datele referitoare la tratamentul efectuat de către mine să fie folosite pentru elaborarea de articole științifice și sunt de acord să efectuez consult la 6 luni, timp de 1 an pentru evaluarea eficacității procedurii chirurgicale efectuate.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului _____ ziua ____ luna ____ anul _____
