



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
4η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΘΡΑΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»  
Εθν. Αντιστάσεως, Αρ. 161, 551 34 Θεσσαλονίκη

**ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Διευθύντρια: Dr. Ουρανία Διορίτου- Αγαλλιάνου ☎ (2313) 304610

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ**

**Στοιχεία ασθενή**

Όνομα

Πατρώνυμο

Επώνυμο

Τηλ.

Ηλικία

**Στοιχεία του παρέχοντος τη συγκατάθεση**

Ο ίδιος ο ασθενής

Επώνυμο

Συγγενής

Πατρώνυμο

Βαθμός συγγένειας

Τηλ.

Όνομα

**Αιτία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενή:**

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Ο υπογράφων έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας και τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες από τις διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις που δύναται να πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας- όπως αναφέρονται στην επόμενη σελίδα του παρόντος εγγράφου- και μπορούν να φτάσουν ως το ενδεχόμενο θανάτου,

**ΔΗΛΩΝΩ** ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεσή μου στους θεράποντες ιατρούς

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια όποιας διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης κριθεί αναγκαία.
2. Να χορηγήσουν φαρμακευτική αγωγή (συμπεριλαμβανομένης αναισθησίας), καθώς και αίματος ή παραγώγων αίματος, όποτε απαιτηθεί.
3. Να γίνουν οι εξετάσεις που θα απαιτηθούν στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
4. Συγκατατίθεμαι στην παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους ιατρούς για εκπαιδευτικούς λόγους.

( Θέση Υπογραφής)

### Ιατρικές πράξεις

-Καθετηριασμών αγγείων: περιφερικών και κεντρικών φλεβών, αρτηριών

- Εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης

- Διαγνωστικές πράξεις, φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη του κυκλοφορικού συστήματος κ παρεμβάσεις που βοηθούν σε αυτήν, όπως π.χ. τοποθέτηση βηματοδότη.

-Διαγνωστικές πράξεις ,Φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος κ παρεμβάσεις που βοηθούν σε αυτήν, όπως π.χ. διασωλήνωση της τραχείας, διενέργεια τραχειοστομίας, εφαρμογή μηχανικού αερισμού, τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης, διαγνωστική και θεραπευτική παρακέντηση θώρακα

- Διαγνωστικές πράξεις, Φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη νεφρικής λειτουργίας κ παρεμβάσεις που βοηθούν σε αυτήν, όπως π.χ. υπερηβική τοποθέτηση καθετήρα κύστεως, εφαρμογή συνεχούς ή διακοπτόμενης θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας («αιμοκάθαρσης»)

- Διαγνωστικές πράξεις, φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη του νευρικού συστήματος, όπως π.χ. οσφονωτιαία παρακέντηση, τοποθέτηση συστήματος παρακολούθησης ενδοκράνιας πίεσης

- Διαγνωστικές πράξεις, φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη του γαστρεντερικού συστήματος.

- Διαγνωστικές πράξεις, Φαρμακευτική και μηχανική υποστήριξη των υπολοίπων συστημάτων κ παρεμβάσεις που βοηθούν σε αυτήν.

Ημερομηνία.....

Υπογραφή (ο ίδιος/άλλος συγγενής ή σύζυγος)

.....

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΡΩΤΗΣΤΕ Ο,ΤΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΠΡΙΝ ΥΠΟΓΡΑΨΕΤΕ.**