

Μετάφραση της ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Translation of CONSENT FOR DIALYSIS

Παροχή πληροφοριών στον ασθενή

Εγώ, ο Ιατρός, έχω συζητήσει με αυτόν τον ασθενή την υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας ως θεραπευτική αγωγή και την ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ή ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ και συνέστησα ότι:

- Στη διάρκεια αυτής της αξιολόγησης, αυτός ο ασθενής έχει την ικανότητα να δίνει ενημερωμένη συγκατάθεση
- Πιστεύω ότι αυτός ο ασθενής παίρνει την απόφασή του εθελοντικά
- Είμαι ικανοποιημένος/η ότι αυτός ο ασθενής έχει εκπαιδευτεί σχετικά με όλες τις θεραπευτικές επιλογές, του έχουν εξηγηθεί όλοι οι κίνδυνοι και τα οφέλη όπως αναφέρονται πιο κάτω, έχει ελεγχθεί ο βαθμός κατανόησής του, και του παρασχέθηκαν ευκαιρίες για υποβολή ερωτήσεων
- Ένα ενημερωτικό φυλλάδιο για ασθενείς έχει δοθεί σε αυτόν τον ασθενή.

Υπογραφή Νεφρολόγου και ημερομηνία.

Υπογραφή και όνομα Διερχομένου.

Συγκατάθεση ασθενούς (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Ο Ιατρός και εγώ έχουμε συζητήσει για την τωρινή κατάσταση της υγείας μου και για τους διάφορους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί, και συνέστησα ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ή ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Ο γιατρός έχει εξηγήσει τις ακόλουθες πτυχές της αιμοκάθαρσης, που περιλαμβάνουν:

- Τον ρόλο και τις διευθετήσεις για τις θεραπείες αιμοκάθαρσης
- Τα οφέλη και τους κινδύνους της αιμοκάθαρσης, συμπεριλαμβανομένης της πιθανής εξέλιξης της πάθησής μου με ή χωρίς αιμοκάθαρση
- Παρενέργειες που δυνατόν να παρουσιαστούν (διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει) όπως προβλήματα αγγειακής πρόσβασης ή καθετήρα, μόλυνση, αλλαγές στην αρτηριακή πίεση, υπερσυσσώρευση υγρών, και κόπωση μετά από την αιμοκάθαρση
- Την αναμενόμενη επίδραση στη ζωή μου, και την στήριξη που μπορεί να χρειάζομαι τώρα ή στο μέλλον από την οικογένεια και τους φροντιστές μου
- Την επιλογή και τον ρόλο της συντηρητικής περίθαλψης, ως εναλλακτικής λύσης αντί για αιμοκάθαρση.

Καταλαβαίνω τις πληροφορίες πιο πάνω, και μου έχουν δοθεί ευκαιρίες να κάνω ερωτήσεις.

Ζητώ και δίνω την συγκατάθεσή μου για ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ/ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Παίρνω αυτή την απόφαση εκουσίως, και καταλαβαίνω ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή.

Υπογραφή, ημερομηνία και όνομα ασθενή.

Συγκατάθεση από αναπληρωτή υπεύθυνο λήψης αποφάσεων (Να συμπληρωθεί από το υπεύθυνο πρόσωπο ή τον μόνιμο κηδεμόνα)

Όνομα και Σχέση προς τον ασθενή.

Ο ασθενής δεν έχει επαρκή ικανότητα ως προς τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αιμοκάθαρση. Έχω καταλάβει τις πληροφορίες που αναφέρονται πιο πάνω, και ενεργώ με βάση το συμφέρον του ασθενή. Δίνω την συγκατάθεσή μου για ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ/ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ εκ μέρους του/της.

Υπογραφή αναπληρωτή υπεύθυνου λήψης αποφάσεων και ημερομηνία.