

PACIENTŲ ELGESIO TAISYKLĖS NEDARbingUMO METU

Asmenys, pripažinti laikinai nedarbingais ir turintys nedarbingumo pažymėjimus, privalo laikytis elgesio taisyklių nedarbingumo metu. Kadangi elgesio taisyklės nedarbingumo metu yra nustatytos tam, kad būtų užtikrintas optimalus gydymo rezultatas, todėl jų pažeidimu yra laikomi visi tie ligonio veiksmai, kurie apsunkina jo darbingumo atgavimą. (*LR Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013-11-29 įsakymas Nr. V-1116/A1-658*).

Kiekvienos ligos ar traumos gydymui yra labai svarbu ne tik vartoti vaistus, atlikinėti paskirtas gydymo procedūras, bet ir laikytis gydymo režimo.

1. Elgesio taisyklių nedarbingumo metu pažeidimais laikoma, kai laikinai nedarbingu pripažintas asmuo:

- 1.1. gydytojo paskirtu laiku neatvyksta pasitikrinti darbingumo arba į GKK posėdį;
- 1.2. Fondo valdybos ar jos teritorinio skyriaus vyriausiajam specialistui (nedarbingumo kontrolei) pareikalavus neatvyksta į GKK posėdį;
- 1.3. nesilaiko gydytojo nustatyto gydymo ir (ar) slaugos režimo;
- 1.4. neatlieka paskirtų gydymo, diagnostikos ir (ar) slaugos procedūrų;
- 1.5. atvyksta pas gydytoją neblaivus ar apsvaigęs nuo psichiką veikiančių medžiagų;
- 1.6. dirba (-o), mokosi (-ėsi), keliauja (-iavo), dalyvauja (-avo) kultūros, sporto, pramoginiuose ar kituose renginiuose;
- 1.7. vartoja (-o) alkoholį, narkotikus, toksines ar psichotropines medžiagas;
- 1.8. elgėsi taip, kad jo veiksmai galėjo užtęsti (užtęsė) laikinojo nedarbingumo trukmę.

2. Elgesio taisyklių pažeidimais taip pat laikomi atvejai, kai asmuo, kuriam išduotas elektroninis pažymėjimas sergančiam šeimos nariui slaugyti ar vaikui prižiūrėti, neslaugo šeimos nario ar neprižiūri vaiko arba elgiasi taip, kad jo veiksmai galėjo užtęsti (užtęsė) šeimos nario slaugos trukmę.

Jeigu nedarbingumo laikotarpiu buvo pažeistos elgesio taisyklės, išduodant kitą elektroninį pažymėjimą EPTS nurodomas pažeidimo laikotarpis, nustatymo data ir pažeidimo pobūdis.

Elgesio taisyklių pažeidimus apdraustiems asmenims ir bedarbiams turi teisę nustatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojai, Fondo valdybos ar jos teritorinių skyrių vyriausieji specialistai (nedarbingumo kontrolei), remdamiesi dokumentais, patvirtinančiais elgesio taisyklių pažeidimus.

Susipažinau:
Paciento (paciento atstovo)
Vardas, pavardė
Parašas
Data

Gydytojo:
Vardas, pavardė
Parašas Data

EPWORTH MIEGUISTUMO SKALĖ

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę, skirtą tikimybei, kad Jūs užsnūsite ar užmigsite, esant situacijoms, pateiktoms toliau esančioje lentelėje, neatsižvelgiant į nuovargį, įvertinti. Atsakymai turi apibūdinti Jūsų šių dienų gyvenimo būdą. Jeigu Jūs paskutiniu laiku nebuvote tokiose situacijose, pabandykite įsivaizduoti, kaip jose jaustumėtės. Į lentelės balų skiltį įrašykite vieną iš skalėje pateiktų labiausiai kiekvienai situacijai tinkančių skaičių:

- 0 = niekada nesnaudžiu
- 1 = nedidelė galimybė užsnūsti
- 2 = vidutinė galimybė užsnūsti
- 3 = didelė galimybė užsnūsti

Svarbu įvertinti situaciją kuo tiksliau:

Situacija	Balai
Sėdint ir skaitant	
Žiūrint televizorių	
Ramiai sėdint viešoje vietoje (pvz., teatre ar susirinkime)	
Valandą laiko be pertraukos keliaujant automobiliu keleivio vietoje	
Atsigulus pailsėti pietų metu, kai leidžia aplinkybės	
Sėdint ir su kuo nors kalbantis	
Ramiai sėdint, papietavus, negėrus alkoholinių gėrimų	
Vairuojant automobilį, stabtelėjus kelioms minutėms spūsties metu	

Užtikrinu, kad mano pateikta informacija yra teisinga, ir suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)

(vardas, pavardė)

Pastaba. Klausimynas įdedamas į Asmens sveikatos istoriją „F 025/a“

KLAUSIMYNAS DĖL OBSTRUKCIŠNĖS MIEGO APNĖJOS

_____ (pildymo data)

1.	Lytis	Vyras <input type="checkbox"/>	Moteris <input type="checkbox"/>
2.	Amžius		
3.	Svoris		
4.	Ūgis		
5.	Ar vairuodamas buvote užsnūdęs?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
6.	Ar buvote patekęs į rimtą autoįvykį (buvote sužeistas ar buvo sudaužyta transporto priemonė) dėl mieguistumo per pastaruosius 3 metus?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
7.	Ar Jūs knarkiate beveik kiekvieną naktį?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
8.	Ar kas nors Jums yra sakęs, kad nustojate kvėpuoti miego metu?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
9.	Ar atsibundate pailsėjęs po nakties miego?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>
10.	Ar Jūsų kraujo spaudimas būna padidėjęs arba vartojate vaistus, skirtus kraujo spaudimui mažinti?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/> Nežinau <input type="checkbox"/>

* Klausimynas dėl obstrukcinės miego apnėjos ir *Epworth* mieguistumo skalė turi būti atspausdinta ant vieno lapo iš abiejų pusių.

Prašome užpildyti *Epworth* mieguistumo skalę kitoje lapo pusėje*.

+

**VAIRUOTOJŲ GARBĖS DEKLARACIJA
(SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)**

(data)

(sudarymo vieta)

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) lankantis pas gydytoją dėl vairuotojo pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
A.	Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą vairuoti motorinę transporto priemonę?		
1.	Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip:		
	1.1. pablogėjęs matymas		
	1.2. nevalingi akių judesiai (nistagmas)		
	1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus)		
	1.4. dvigubinimasis (dvejinimasis)		
	1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ir tamsoje (vištakumas) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
	1.6. pablogėjęs akių judrumas		
	1.7. jautrumas akinimui		
	1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas		
	1.9. kiti sutrikimai (akių skausmai, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.) (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti):		
2.	Ar Jums svaigo / svaigsta galva? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
3.	Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis?		
4.	Ar yra galūnių judesių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
5.	Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies ir kraujagyslių ligomis:		
	5.1. insultas (paralyžius)		
	5.2. širdies ritmo sutrikimai		
	5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija)		
	5.4. širdies įgimta ar įgyta liga		
	5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatas ar kt.)		
6.	Ar sergate cukriniu diabetu?		
7.	Ar turėjote galvos smegenų traumą?		
8.	Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
9.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) laukantis pas gydytoją dėl vairuotojo pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
10.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
11.	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
12.	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
13.	Ar skundžiatės miego sutrikimais: 12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti) 12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiavote 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
15.	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
B.	Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt.		
16.	Ar buvote gydomas (-a) ligoninėje arba kreipėtės į gydytoją dėl anksčiau minėtų priežasčių (A 1-15)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kada ir įstaigos, kurioje gydėtės, pavadinimą, adresą		
17.	Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus (raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus:		
18.	Gal Jums dėl kurios nors anksčiau minėtos ligos (A 1-13) paskirti kokie nors vaistai, kurie turi būti reguliariai vartojami ilgą laiką? Jei atsakymas „taip“, nurodyti, kokie vaistai:		
19.	Ar anksčiau buvo tikrinta Jūsų sveikata, norint gauti vairuotojo pažymėjimą? Jei atsakymas „taip“, nurodyti kada:		
20.	Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos?		
21.	Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)? Jei atsakymas „ne“, įrašyti priežastis:		

Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad, pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

(parašas)

(vardas, pavardė)

PATVIRTINTA
VšĮ Alytaus poliklinikos direktoriaus
2020 m. gegužės 26 d. įsakymu Nr. V-155

**PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI VŠĮ ALYTAUS
POLIKLINIKOS PSICHIKOS DIENOS STACIONARE TEIKIAMAI VAIKŲ IR PAAUGLIŲ
PSICHIKOS DIENOS STACIONARO PASLAUGAI**

F Nr. 033/a įdėtinis lapas (*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti specialistų komandos teikiamą paslaugą.

Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) konsultacijos teikimo tvarka. Žinau, kad, paslauga teikiama komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą. Su komandos specialistų siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento(jo atstovo parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

KVS IBV 7a

PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI POLIKLINIKOS PSICHIKOS DIENOS STACIONARE ANKSTYVOSIOS VAIKO RAIDOS REABILITACIJOS PASLAUGAI.

F Nr. 033/a ar 025/a įdėtinis lapas (*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti specialistų komandos teikiamą paslaugas

Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) konsultacijos teikimo tvarka.

Sutinku, kad man būtų suteikta specialistų komandos paslaugos. Žinau, kad bus teikiama paslauga komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą. Su komandos specialistų siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento (jo atstovo) parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

VIEŠOJI ĮSTAIGA ALYTAUS POLIKLINIKA PSICHIKOS DIENOS STACIONARAS

VIDAUS TVARKOS TAISYKLĖS

1. Psichikos dienos stacionaro-centro paslaugos (toliau tekste – PDS) teikiamos darbo dienomis nuo 8.00 iki 16.00 val.
2. Netikėtai susirgus, sunegalavus, pablogėjus savijautai ar esant kitoms neatvykimo ar pavėluoto atvykimo priežastims, būtina informuoti PDS psichikos slaugytoją iki 9.00 val. (tel. nr. (8 315) 52 220).
3. Per 1 (vieną) darbo dieną neinformavus slaugytojo apie neatvykimo, nesilankymo PDS priežastis pacientas išrašomas iš PDS ir gydymas nutraukiamas.
4. Gydymo terminas Psichikos dienos stacionare-centre yra 30 darbo dienų.
5. Apie visus vartojamus medikamentus (skirtus šeimos gydytojo ar įsigytus ir vartojamus savo nuožiūra) būtina informuoti PDS gydytoją psichiatrą ir psichikos sveikatos slaugytoją.
6. Asmenims, besilankantiems Psichikos dienos stacionare-centre, griežtai **draudžiama**:
 - PDS teritorijoje rūkyti;
 - Elgtis nepagarbiai, agresyviai paties, kitų asmenų bei personalo atžvilgiu;
 - Skleisti informaciją apie kitus PDS besigydančius asmenis tretiesiems asmenims;
 - Neinformavus personalo (psichikos sveikatos slaugytojo ar gydytojo psichiatro), išeiti iš stacionaro anksčiau nei numatytas gydymo laikas (iki 16 val.).

Už šių punktų pažeidimą, nesilaikymą pacientai gydytojo psichiatro sprendimu išrašomi ir gydymas nutraukiamas.

7. Psichikos dienos stacionaro darbuotojai neatsako už pacientų turimus su savimi pinigus, materialines vertybes, jų saugojimą bei praradimą.
8. PDS vidaus tvarkos taisyklės yra sudėtinė VšĮ Alytaus poliklinikos vidaus taisyklių dalis. Esate susipažinęs/usi su VšĮ Alytaus poliklinikos vidaus tvarkos taisyklėmis, paciento teisėmis, pareigomis, nurodytomis VšĮ Alytaus poliklinikos vidaus tvarkos taisyklėse.
Susipažinęs (-usi)/nesusipažinęs (-usi) (išbraukti netinkamą) _____ (parašas)

9. Sutinku/nesutinku (išbraukti netinkamą), kad mano lankymosi įstaigoje metu, esant reikalui, pablogėjus mano sveikatai ar man praradus sąmonę, visa informacija apie mano sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, gydymą bei tolimesnį gydymą būtų teikiama šiems asmenims:

1. Vardas, pavardė _____ tel. Nr. _____

2. Vardas, pavardė _____ tel. Nr. _____

Su PDS vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinau, man suprantama forma jos buvo paaiškintos, supratau jas bei sutinku laikytis:

Vardas, pavardė _____ tel. Nr. _____

Parašas _____

Data _____

Sutinku su Psichikos dienos stacionaro gydymo metodika, gydytojo psichiatro, medicinos psichologo, socialinio darbuotojo individualiomis konsultacijomis, apžiūros, vertinimo, tyrimo metodais, užsiėmimais grupėje bei individualiai su medicinos psichologu, psichikos sveikatos slaugytoju, užimtumo specialistu, socialiniu darbuotoju, visomis užimtumo veiklomis.

Vardas, pavardė _____

Parašas _____

Data _____

Informaciją suteikęs asmuo:

Vardas, pavardė, parašas, data _____

KVS IBV 7a

PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI PSICHOLOGO KONSULTACIJAI
ALYTAUS POLIKLINIKOS PSICHIKOS DIENOS STACIONARE

F Nr. 025/a įdėtinis lapas. Nr. Nr. 025-112/a(*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti psichologo konsultaciją
Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) su konsultacijos teikimo tvarka. Sutinku, kad man būtų suteikta psichologo konsultacija. Žinau, kad, esant reikalui, bus teikiama reikalinga pagalba komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą. Su psichologo siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento(jo atstovo parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

KVS IBV 7a

PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI PSICHOLOGO KONSULTACIJAI
ALYTAUS POLIKLINIKOS PSICHIKOS DIENOS STACIONARE

F Nr. 025/a įdėtinis lapas. Nr. Nr. 025-112/a(*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti psichologo konsultaciją.
Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) konsultacijos teikimo tvarka. Sutinku, kad man būtų suteikta psichologo konsultacija. Žinau, kad, esant reikalui, bus teikiama reikalinga pagalba komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą. Su psichologo siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento(jo atstovo parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

PATVIRTINA:
Viešosios įstaigos Alytaus poliklinikos
direktoriaus
2025- įsakymu Nr. V-

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS
AMBULATORINĖS PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGOMS**

Aš, _____
(vardas pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas _____
(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Patvirtinu, jog gavau informaciją:

kad ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugas (APP) teiks VŠĮ Alytaus poliklinikos APP komanda. Gydytojui įvertinus sveikatos būklę, bus skiriamos/rekomenduojamos ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos, kurios teikiamos sudarius individualų paliatyviosios pagalbos pacientui planą ir su juo susipažinus.

Patvirtinu, jog gavau informaciją apie:

Ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų tikslus – užtikrinti paciento ligos simptomų prevenciją, kontrolę ir organizmo funkcijų palaikymą – malšinamas skausmas, pykinimas, šalinami kvėpavimo sutrikimai ir kiti varginantys simptomai, taikant farmakologines ir nefarmakologines priemones.

Ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų metu atliekamų slaugos intervencinių ir neintervencinių procedūrų metu galimas komplikacijos: skausmą, infekciją, diskomfortą atliekant kineziterapines, padėties keitimo ir pan. procedūras.

Atsisakius ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų, gali pablogėti turimų lėtinių ligų sukeltos komplikacijos, gyvenimo kokybė bei savirūpos įgūdžiai.

Norint atsisakyti APP paslaugų būtina informuoti gydantį gydytoją prieš 14 darbo dienų.

Perskaičiau ir supratau aukščiau parašytą tekstą apie numatomas ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas. Man buvo tinkamai ir aiškiai atsakyta į klausimus

Aš, _____
(vardas pavardė)

Paciento atstovas _____
(vardas, pavardė, ryšys su pacientu)

Sutinku/nesutinku (išbraukti nereikalinga), kad būtų atliekamos ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos bei atliekami kiti veiksmai, jei iškilis tokia būtinybė dėl pablogėjusios sveikatos būklės.

(parašas)

Sutinku/nesutinku (išbraukti nereikalinga), skiepytis.

(parašas)

Sutinku/nesutinku, (išbraukti nereikalinga), kad informacija apie mano sveikatos būklę, teikiamas paslaugas būtų teikiama tik įstatymų numatyta tvarka šiems asmenims:

(vardas, pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

(parašas)

Aš (paciento atstovas) **sutinku/nesutinku** (išbraukti nereikalinga), kad apsilankymo metu man atliekant slaugos procedūras, dalyvautų bei būtų teikiama informacija mokymosi tikslais medicinos studentams ir kvalifikaciją keliantiems asmens sveikatos priežiūros specialistams.

Paciento (paciento atstovo) vardas pavardė, parašas:

Supažindinusio darbuotojo vardas pavardė, parašas:

Data

Data

PATVIRTINA:
Viešosios įstaigos Alytaus poliklinikos
direktoriaus
2025- įsakymu Nr. V-

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS
AMBULATORINĖMS SLAUGOS PASLAUGOMS NAMUOSE**

Aš, _____
(vardas pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas _____
(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Patvirtinu, jog gavau informaciją:

kad ambulatorinės slaugos paslaugas namuose (ASPN) teiks VšĮ Alytaus poliklinikos ASPN komanda. Gydytojui įvertinus sveikatos būklę, bus skiriamos/rekomenduojamos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, kurios teikiamos, sudarius slaugos paslaugų teikimo planą ir su juo susipažinus.

Patvirtinu, jog gavau informaciją apie:

Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose tikslus – užtikrinti slaugos paslaugų tęstinumą, patenkinti paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinti paciento savirūpą, pagerinti gyvenimo kokybę ir pagal galimybes integraciją į visuomeninį gyvenimą.

Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose metu atliekamų slaugos intervencinių ir neintervencinių procedūrų metu galimas komplikacijos: skausmą, infekciją, diskomfortą atliekant kineziterapines, padėties keitimo ir pan. procedūras.

Atsisakius ambulatorinių slaugos paslaugų namuose, gali pablogėti turimų lėtinių ligų sukeltos komplikacijos, gyvenimo kokybė bei savirūpos įgūdžiai.

Norint atsisakyti ASPN paslaugų būtina informuoti gydantį gydytoją prieš 14 darbo dienų.

Perskaičiau ir supratau aukščiau parašytą tekstą apie numatomas ambulatorines slaugos paslaugas namuose. Man buvo tinkamai ir aiškiai atsakyta į klausimus

Aš, _____
(vardas pavardė)

Paciento atstovas _____
(vardas, pavardė, ryšys su pacientu)

Sutinku/nesutinku (išbraukti nereikalinga), kad būtų atliekamos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose bei atliekami kiti veiksmai, jei iškilis tokia būtinybė dėl pablogėjusios sveikatos būklės.

(parašas)

Sutinku/nesutinku (išbraukti nereikalinga), skiepytis.

(parašas)

Sutinku/nesutinku, (išbraukti nereikalinga), kad informacija apie mano sveikatos būklę, teikiamas paslaugas būtų teikiama tik įstatymų numatyta tvarka šiems asmenims:

(vardas, pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

(parašas)

Aš (paciento atstovas) **sutinku/nesutinku** (išbraukti nereikalinga), kad apsilankymo metu man atliekant slaugos procedūras, dalyvautų bei būtų teikiama informacija mokymosi tikslais medicinos studentams ir kvalifikaciją keliantiems asmenims sveikatos priežiūros specialistams.

Paciento (paciento atstovo) vardas pavardė, parašas:

Supažindinusio darbuotojo vardas pavardė, parašas:

Data _____

Data _____

KVS IBV 7a

PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI PSICHOLOGO KONSULTACIJAI
ALYTAUS POLIKLINIKOJE PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

F Nr. 025/a įdėtinis lapas. Nr. Nr. 025-112/a(*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti psichologo konsultaciją **mokamai**.
Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) mokamos konsultacijos teikimo tvarka. Sutinku, kad man būtų suteikta psichologo konsultacija. Žinau, kad, esant reikalui, bus teikiama reikalinga pagalba komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą.
Su psichologo siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento(jo atstovo parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

KVS IBV 7a

PACIENTO, (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKAMAI PSICHOLOGO KONSULTACIJAI
ALYTAUS POLIKLINIKOJE PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

F Nr. 025/a įdėtinis lapas. Nr. Nr. 025-112/a(*saugoti kaip pagrindinį dokumentą*)

Aš,sutinku gauti psichologo konsultaciją **mokamai**.
Paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su globojamuoju asmeniu

Man suprantama forma esu supažindintas (-a) su savo (mano atstovaujamo asmens) mokamos konsultacijos teikimo tvarka. Sutinku, kad man būtų suteikta psichologo konsultacija. Žinau, kad, esant reikalui, bus teikiama reikalinga pagalba komandiniu principu.

Esu supažindintas, kad atsisakant atlikti vieną iš aukščiau siūlomų paslaugų, pasirašysiu atsisakymą.
Su psichologo siūloma paslauga sutinku ir tai patvirtinu parašu.

Susipažinau
Paciento(jo atstovo parašas)
(Vardas, pavardė)
(Data)

Informaciją suteikęs asmuo
(Pareigos)
(Vardas, pavardė)
(Parašas)
(Data)

SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VŠĮ ALYTAUS POLIKLINIKOS PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

Pacientas _____
(paciento vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas _____
(pagal įstatymą ar pavedimą) vardas, pavardė, gimimo data, kontaktiniai duomenys-tel. Nr., ryšys su pacientu)

Sutinka, kad:

- VšĮ Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos centro gydytojas psichiatras apžiūrėtų ir įvertintų sveikatos būklę.
- Apsilankymo metu suteiktą informaciją apie sveikatos būklę, paskirtą ir atliktą būtinus tyrimus.
- Gydytojo psichiatro paskyrimu būtų atliktas psichologinės būklės ištyrimas (intelektas, asmenybės, emocinės būklės, atskirų pažinimo funkcijų ir kiti tyrimai).
- Gydytojo psichiatro paskyrimu būtų atliktas alkoholio koncentracijos iškvėptame ore patikrinimas (alkotesteriu).
- Suteiktą informaciją apie ligos diagnozę, galimus gydymo būdus, riziką ir padarinius atsisakius gydymo.
- Suteiktą informaciją apie paskirtą gydymą, pasitaikantį šalutinį poveikį ir pasveikimo prognozę.
- Būtų teikiamos psichologinės konsultacijos.
- VšĮ Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos centro specialistai suteiktų visą pacientui ar jo atstovui būtiną informaciją apie centre teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Pacientas ar jo atstovas sutinka bendradarbiauti su VšĮ Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos priežiūros specialistais, vykdyti nurodytus specialisto paskyrimus ir nurodymus.

Pacientas ar jo atstovas sutinka pranešti VšĮ Alytaus poliklinikos Psichikos sveikatos priežiūros specialistui apie bet kokius nukrypimus nuo paskyrimų.

Pacientas ar jo atstovas sutinka, kad informacija apie paciento psichikos sveikatos būklę būtų suteikta tik įstatymų nustatyta tvarka.

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo _____

(vardas, pavardė, telefono numeris)

(data)

(paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, parašas)

Su sutikimu supažindinęs darbuotojas

(vardas, pavardė, pareigos, parašas)

TRAUKINIO MAŠINISTO GARBĖS DEKLARACIJA (SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)

(data)

(sudarymo vieta)

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) lankantis pas gydytoją dėl traukinio mašinisto sveikatos pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
A.	Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą dirbti traukinio mašinistu		
1.	Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip:		
	1.1. pablogėjęs matymas		
	1.2. nevalingi akių judesiai (nistagmas)		
	1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus)		
	1.4. dvigubinimasis (dvejinimasis)		
	1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ar tamsoje (vištakumas) (jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
	1.6. pablogėjęs akių judrumas		
	1.7. jautrumas akinimui		
	1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas		
	1.9. kiti sutrikimai (akių skausmai, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.) (jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti):		
2.	Ar Jums svaigo / svaigsta galva? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
3.	Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis?		
4.	Ar yra galūnių judesių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
5.	Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies ir kraujagyslių ligomis:		
	5.1. insultas (paralyžius)		
	5.2. širdies ritmo sutrikimai		
	5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija)		
	5.4. širdies įgimta ar įgyta liga		
	5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatas ar kt.)		
6.	Ar sergate cukriniu diabetu?		
7.	Ar turėjote galvos smegenų traumų?		
8.	Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
9.	Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
10.	Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
11.	Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
12.	Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
13.	Ar skundžiatės miego sutrikimais:		
	13.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		

Eil. Nr.	Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą „taip“ arba „ne“ lentelėje pažymėti ✓) laukantis pas gydytoją dėl traukinio mašinisto sveikatos pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti)	Taip	Ne
	13.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai?		
14.	Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiavote 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
15.	Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro? (Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti)		
B.	Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt.		
16.	Ar buvote gydomas (-a) ligoninėje arba kreipėtės į gydytoją dėl anksčiau minėtų priežasčių (A 1–15)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti kada ir įstaigos, kurioje gydėtės, pavadinimą, adresą)		
17.	Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus (raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)? Jei „taip“, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus:		
18.	Gal Jums dėl kurios nors anksčiau minėtos ligos (A 1–13) paskirti kokie nors vaistai, kurie turi būti reguliariai vartojami ilgą laiką? Jei atsakymas „taip“, nurodyti, kokie vaistai:		
19.	Ar anksčiau buvo tikrinta Jūsų sveikata, norint gauti traukinio mašinisto pažymėjimą? Jei atsakymas „taip“, nurodyti kada:		
20.	Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos?		
21.	Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)? Jei atsakymas „ne“, įrašyti priežastis:		

Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

_____ (parašas)

_____ (vardas, pavardė)

Pastaba. Įdedamas į Asmens sveikatos istoriją – F Nr. 025/a.

**JŪRININKO AR VIDAUS VANDENŲ TRANSPORTO SPECIALISTO BEI MOTORINIŲ
PRAMOGINIŲ LAIVŲ IR KITŲ MOTORINIŲ PLAUKIOJIMO PRIEMONIŲ LAIVAVEDŽIO
GARBĖS DEKLARACIJA (SVEIKATOS TIKRINIMO KLAUSIMYNAS)
/ SEAFARERS OR NAVIGATOR'S OF MOTOR PLEASURE AND OTHER CRAFT
DECLARATION OF HONOUR**

_____ (data / date)

_____ (užpildymo vieta / place)

_____ (vardas / name)	_____ (pavardė / surname)	
_____ (gimimo data / date of birth)	_____ (asmens kodas / identity code)	_____ (lytis / gender)
_____ (nuolatinė gyvenamoji vieta / domicile)		
_____ (pareigos / position)		

Profesinės grupės pagal darbo pobūdį:
I profesinė grupė – Denio tarnyba. Vykdantys navigacinį budėjimą kapitonai, kapitonų padėjėjai, laivų škiperiai ir jų padėjėjai, kvalifikuoti jūreiviai, jūreiviai, upeiviai, locmanai ir pan.
II profesinė grupė – Mašinų (Jėgainės) tarnyba. Vykdantys mašinų (jėgainės) eigos budėjimą visų grupių mechanikai, kvalifikuoti motoristai, motoristai, elektrikai ir pan.
III profesinė grupė – Aptarnavimo tarnyba. Laivus ir jų personalą bei keleivius aptarnaujantys sveikatos priežiūros specialistai ir kiti darbuotojai, saugos pareigūnai, virėjai, narai ir pan.
IV profesinė grupė – Motorinių pramoginių laivų ir kitų motorinių plaukiojimo priemonių laivavedžiai.

Į pateiktus klausimus atsakykite pažymėdami Jums tinkantį variantą / Please answer the questions below and select the options (Taip / Yes; Ne / No)

		Taip / Yes	Ne / No
1.	Ar Jums anksčiau buvo atliktas medicininis patikrinimas dėl darbo jūroje? / Have you previously performed a medical examination for a job at sea?		
2.	Ar buvote pripažintas netinkamu dirbti jūroje ir (ar) buvo taikyti apribojimai dėl darbo jūroje? / Have you ever been declared unfit for work at sea and (or) the restrictions applicable to the work at sea?		
3.	Ar per pastaruosius dvejus metus gydėtės ligoninėje? / Have you been admitted to the hospital in the last two years?		
4.	Ar per pastaruosius dvejus metus buvote nepertraukiamai nedarbingas ilgiau nei 30 dienų? / Have you had unfitted period of sickness leave for more than 30 days in the last two years?		
5.	Ar esate sirgęs plaučių ligomis (tuberkulioze, bronchine astma)? / Have you been sick with lung diseases including tuberculosis, asthma?		

6.	Ar esate sirgęs širdies ir kraujagyslių ligomis? / <i>Have you ever been sick with any heart and circulatory diseases?</i>		
7.	Ar esate sirgęs klausos organų ligomis? / <i>Have you ever been sick with any ear diseases?</i>		
8.	Ar esate sirgęs regos organų ligomis? / <i>Have you ever been sick with any eye diseases?</i>		
9.	Ar esate sirgęs epilepsija? / <i>Have you been sick with epilepsy?</i>		
10.	Ar sergate cukriniu diabetu? / <i>Have you sick with diabetes?</i>		
11.	Ar Jums yra buvę sunkių alerginių reakcijų / egzemos / odos ligų? / <i>Have you had any serious allergic reaction / eczema / skin disease?</i>		
12.	Ar esate turėjęs psichikos sutrikimų? / <i>Have you had any mental disturbances?</i>		
13.	Ar esate turėjęs problemų dėl priklausomybės nuo alkoholio ir narkotikų vartojimo? / <i>Have you had problems with addiction to alcohol and drugs use?</i>		
14.	Ar esate turėjęs kokių nors nugaros skausmo problemų (traumų, reumata)? / <i>Have you had any painful back trouble, including lumbago and sciatica?</i>		
15.	Ar dirbdamas jūroje esate patyręs sunkių traumų? / <i>Have you been suffered by serious injury leaving permanent effects as consequences of the work at sea?</i>		
16.	Ar esate turėjęs virškinimo sutrikimų, dėl kurių buvo paskirtas gydymas? / <i>Have you had any digestive problems, which were being treated?</i>		
17.	Ar reguliariai vartojate kokius nors vaistinius preparatus? / <i>Do you use medicament on prescription regularly?</i>		
18.	Ar nešiojate akinius ar kontaktinius lęšius? / <i>Do you wear glasses or contact lenses to improve your eyesight?</i>		
19.	Ar Jums sunku orientuotis prietemoje? / <i>Do you find difficulties in orienteering yourself in dusk / twilit?</i>		
20.	Ar skiriate spalvas? / <i>Do you have difficulties in colors differentiation?</i>		
21.	Ar Jums yra nustatytas darbingumo lygis? / <i>Do you have confirmed disability?</i>		
22.	Papildomas klausimas / <i>Any other addressed question</i>		

Patvirtinu, kad pateiktus klausimus supratau, atsakiau į juos sąžiningai.
I hereby confirm that the questions were fully understood and replied in good faith.

Suprantu, kad pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.
Due to my deteriorating state of health, I must seek medical care immediately.

Asmens, kuriam tikrinama sveikata, parašas / *Examined person's signature* _____

Patvirtinta direktoriaus 2018...-12-01.....

Įsakymu Nr.....11-111.....

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKANT INVAZINĘ PROCEDŪRĄ-
(VAISTŲ LEIDIMĄ Į RAUMENIS, Į VENA, Į PAODĮ) MOKAMAI**

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, kad būtų gydytojo paskirti vaistai suleisti į raumenis, į veną, (vienkartinai, lašeliniu būdu) į paodį **mokamai** (išbraukti nereikalingą).

Patvirtinu, jog slaugytojas suteikė pakankamą ir aiškią informaciją apie šią intervenciją. Žinau, kad šios intervencijos komplikacijos labai retos, tačiau galimos - nėra garantijos, kad neįvyks nei viena iš jų. Leidžiant vaistus galimos pasekmės (dūrio vietoje paraudimas, patinimas, rankos tirpimas, kraujavimas, kraujosrūva (hematoma), apalpinimas, alerginės reakcijos ir kt.).

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neturint paciento sutikimo _____

(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Paciento (paciento atstovo) parašas, data

Atsakingo slaugytojo vardas, pavardė,

parašas, data

Patvirtinta direktoriaus 2018 m. 12-07

Įsakymu Nr. V-111

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKANT LABORATORINI (-IUS)
TYRIMĄ (-US) MOKAMAI**

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, kad būtų paimtas kraujas tyrimams (iš piršto, iš venos) (išbraukti nereikalingą).

Patvirtinu, jog laboratorijos specialistas suteikė pakankamą ir aiškią informaciją apie šią intervenciją. Žinau, kad šios intervencijos komplikacijos labai retos, tačiau galimos - nėra garantijos, kad neįvyks nei viena iš jų. Imant kraują galimos pasekmės (dūrio vietoje paraudimas, patinimas, rankos tirpimas, kraujavimas, kraujosrūva (hematoma), apalpinimas ir kt.).

Sutinku, kad informacija apie mano tyrimo rezultatus būtų suteikta tik įstatymų numatyta tvarka.

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neturint paciento sutikimo _____

(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Paciento (paciento atstovo) parašas, data

Atsakingo laboratorijos darbuotojo

Spaudas, parašas, data

PROJEKTAS

Patvirtinta direktoriaus 2018 m. gruodžio 1 d.
Įsakymu Nr. V-111

VIEŠOJI ĮSTAIGA ALYTAUS POLIKLINIKA

SKYRIUS

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS DĖL CHIRURGINĖS OPERACIJOS,
INVAZINĖS IR/AR INTERVENCINĖS PROCEDŪROS ATLIKIMO**

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog chirurginę operaciją, invazinę ir/ar intervencinę procedūrą atliks _____

(gydytojo vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie chirurginę operaciją, invazinę ir/ar intervencinę procedūrą: _____

(chirurginės operacijos, invazinės ir/ar intervencinės procedūros pavadinimas, trumpas, aiškus aprašymas, pobūdis, tikslai)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie chirurginės operacijos, invazinės ir/ar intervencinės procedūros apimtį, keitimą, leistinumą mano sveikatos kritinės būklės atveju, kurios sutikimo pasirašymo momentui nuspėti negalima.

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie numatomos atlikti chirurginės operacijos, invazinės ir/ar intervencinės procedūros esmę ir tikslą, galimą riziką, pasekmes, atsisiūčius chirurginės operacijos, invazinės ir/ar intervencinės procedūros, apie man svarbias aplinkybes, dėl kurių sutinku atlikti šią chirurginę operaciją, invazinę ir/ar intervencinę procedūrą.

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie numatomos atlikti chirurginės operacijos, invazinės ir/ar intervencinės procedūros bei numatomos taikyti anestezijos komplikacijas:

paviršines ar galias žaizdas, infekcijas, patinimus, giliųjų venų trombozę, parezę bei svetimkūnių atmetimo reakciją.

retai pasitaikančias: anafilaksinį šoką, svetimkūnio patekimo į kvėpavimo takus ar virškinamąjį traktą, širdies veiklos nepakankamumą, plaučių kraujagyslių emboliją, vainikinių širdies arterijų užsikimšimą, riebalinę emboliją, kraujo infekcijas, klinikinę mirtį.

Įvertinus mano sveikatos būklę galimos konkrečios komplikacijos: _____

(irašyti)

Anestezija taikoma/ netaikoma (nereikalingą išbraukti): _____

(anestezijos būdas)

Anesteziją atliks: _____

VIEŠOJI ĮSTAIGA ALYTAUS POLIKLINIKA
OPERACIJOS, INTERVENCIJOS SUTARTIS

F. Nr. 025/a, Nr. 025-111/a, Nr. 025-112/a įdėtinis lapas (saugoti kaip pagrindinį dokumentą)

Aš, _____, savo parašu patvirtinu, jog esu informuotas,
(paciento ar paciento atstovo vardas, pavardė)

kad man (mano vaikui) _____
(vardas, pavardė, gimimo metai)

dėl _____
(diagnozė)

siūloma atlikti operaciją _____

intervenciją _____

Aš sutinku, kad šią operaciją, intervenciją atliks gydytojo _____
(vardas, pavardė)

_____ vadovaujama brigada.

Taip pat aš tvirtinu, kad mane gydytojas _____ informavo apie kitus

mano ligos ar traumos gydymo būdus, kurie gali būti taikomi, būtent: _____

Man buvo paaiškinta apie galimas gydymo visais pasiūlytais būdais pasekmes, terminus, komplikacijas bei galimas papildomas finansines išlaidas.

Aš viską supratau ir savarankiškai priėmiau sprendimą.

Aš suprantu, kad ši operacija, intervencija turi savo rizikos laipsnį, kuri lemia ir (mano vaiko) sveikatos būklę _____

(konkrety patologija, didinanti operacijos, intervencijos rizikos laipsnį)

Aš žinau, kad ne visada galima nuspėti operacijos, intervencijos, nuskausminimo ir medikamentinio gydymo išėtis ir komplikacijas. Aš žinau, kad būdingiausios chirurginių operacijų komplikacijos yra šios: širdies veiklos nepakankamumas, plaučių kraujagyslių embolija, vainikinių širdies arterijų užsikimšimas, riebalinė embolija, hematoma ir kraujavimas iš žaizdos, paviršinė ar gili žaizdos infekcija, giliųjų venų trombozė, parėzė bei svetimkūnių atmetimo reakcija.

Visos šios galimos komplikacijos gali pareikalauti papildomų ir neatidėliotinių gyvybę gelbėjančių priemonių ir procedūrų, kurias aš patikiu atlikti gydytojams savo nuožiūra.

Aš taip pat esu informuotas, kad operacijos, intervencijos nuskausminimas turi savo rizikos laipsnį, pasireikšti alergine reakcija, anafilaksiniu šoku ir net gali baigtis mirtimi.

Visą pateiktą informaciją supratau ir savo sutikimą patvirtinu parašu.

Sutinku

(Paciento ar paciento atstovo parašas)

(Vardas, pavardė)

(Data)

Informaciją suteikęs asmuo

(Pareigos)

(Vardas, pavardė)

(Parašas)

(Data)

Patvirtinta direktoriaus 2018 m. gegužės 10 d.

Įsakymu Nr. V-111

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS TVARKYTI ASMENS DUOMENIS

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog mano asmens duomenys būtų tvarkomi tik tiek, kiek būtina asmens sveikatos priežiūros paslaugoms man teikti ir apsaugoti mano interesus.

(parašas)

Sutinku, kad informacija apie mano sveikatos būklę kitiems asmenims būtų suteikta tik įstatymų nustatyta tvarka.

(parašas)

Patvirtinu, kad susipažinau su vidaus tvarkos taisyklėmis, gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie mano duomenų tvarkymą ir saugojimą, konfidencialumo užtikrinimą, teisę gauti informaciją, teisę uždrausti rodyti sveikatinimo specialistams tam tikrus ESI esančius asmens duomenis ir teisę atšaukti tam tikrų ESI asmens duomenų nerodymo funkciją.

(parašas)

Esu informuotas, kad man nusprendus galiu keisti savo sprendimą dėl aukščiau duoto sutikimo.

Paciento (paciento atstovo)

Gydytojo spaudas, parašas

Vardas, pavardė, parašas

Data

Patvirtinta direktoriaus 2018 m. gruodžio 7 d.

Įsakymu Nr. V-111

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKANT TYRIMO IR GYDYMO METODUS

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog būčiau apžiūrėtas gydytojo ir įvertinta mano sveikatos būklė, atlikti būtini tyrimai, _____

(parašas)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie įstaigoje taikomus diagnostikos ir gydymo metodus, apie mano tyrimų rezultatus, diagnozę, siūlomą gydymo metodą ir kitus alternatyvius gydymo metodus, galimą riziką, pasitaikantį šalutinį poveikį, gydymo prognozę, pasekmes atsisakius gydymo, _____

(parašas)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog būčiau gydomas gydytojo siūlomu gydymo metodu, būtų teikiama nuotolinė sveikatos priežiūros paslauga teisės aktų nustatyta tvarka _____

(parašas)

Sutinku, kad informacija apie mano sveikatos būklę būtų suteikta tik įstatymų numatyta tvarka, _____

(parašas)

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos _____

(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Esu informuotas, kad man nusprendus galiu keisti savo sprendimą dėl aukščiau duoto sutikimo.

Paciento (paciento atstovo)
pavardė, parašas

Data

Gydytojo spaudas, parašas Vardas,

Data

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS SLAUGYTOJO DIABETOLOGO ATLIEKAMOMS INTERVENČINĖMS PROCEDŪROMS

F Nr. 025/a įdėtinis lapas KVS IBV 9 (saugoti kaip pagrindinį dokumentą)

201____ m. _____ mėn. _____ d.

(paciento ar jo atstovo vardas, pavardė, asmens kodas, ryšys su globojamu asmeniu)

Diabetinė pėda yra lėtinė cukraligės komplikacija, pažeidžianti minkštuosius audinius, kartais ir kaulus. Ši komplikacija atsiranda dėl pažeistų nervų ir kraujagyslių (sutrikęs kraujo tiekimas) ir neatsparumo bakterinėms infekcijoms. Negydomas diabetinės pėdos sindromas kraštutiniais atvejais gali baigtis kojos amputacija.

Jums slaugos tikslu bus atliekamas gydomasis pedikiūras ir (ar) diabetinės pėdos priežiūra, kurie padeda:

- išvengti opos pašalinus nuospaudas, susidariusias aukšto spaudimo zonose;
- pagerinti skysčio ir pūlių drenažą, pašalinus odos sukietėjimus apie jau susidariusią neuropatinę opą.

Šios procedūros priskiriamos **intervencinėms procedūroms**.

Kaip ir kiekviena intervencinė procedūra, šios procedūros taip pat turi tam tikrą riziką Jūsų sveikatai ir gyvybei.

Galimos komplikacijos pedikiūro vietoje:

- skausmas ir patinimas;
- kraujavimas.

Rečiau, bet galima **sunkesnė komplikacija – infekcija**: vietinis uždegimas, abscesas, sepsis.

Kabinete yra numatytos priemonės komplikacijoms išvengti bei kvalifikuotai pagalbai suteikti, joms įvykus.

Apie procedūras klauskite ir reikalaukite išsamaus paaiškinimo iš slaugytojos diabetologės.

Aš, _____, perskaičiau ir supratau aukščiau parašytą tekstą apie
(vardas, pavardė)

numatomas procedūras. Taip pat aš supratau, kad dėl įvykusių komplikacijų gali reikėti papildomo gydymo. Taip pat suprantu, kad šis susitikimas liks galioti, kol aš gydysiuosi šiame kabinete arba kol aš pats nutrauksiu šį susitikimą.

Sutinku, kad man būtų atliekamos numatytos procedūros.

Paciento parašas _____

Data ir laikas _____

Pacientą supažindino:

Slaugytoja diabetologė _____

Data ir laikas _____

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKANT ODONTOLOGIJOS TYRIMO IR GYDYMO METODUS

Aš, _____
(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____
(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog būčiau apžiūrėtas gydytojo odontologo, burnos chirurgo, periodontologo, vaikų odontologo ir įvertinta mano sveikatos būklė, atlikti būtini tyrimai, _____
(parašas)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie įstaigoje taikomus odontologijos diagnostikos ir gydymo metodus, apie mano tyrimų rezultatus, diagnozę, siūlomą gydymo metodą ir kitus alternatyvius gydymo metodus, galimą riziką, pasitaikantį šalutinį poveikį, gydymo prognozę, pasekmes atsisakius gydymo, _____
(parašas)

Patvirtinu, jog gydantis gydytojas odontologas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas suteikė pakankamą ir aiškią informaciją apie rentgenologinį dantų tyrimą ir **sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą)**, kad būtų atliktas. Skiriant šį tyrimą patvirtinu, jog:

1. Esu nėsčia, maitinanti kūdikį (išimtinai moterims) _____
(įrašyti taip arba ne) (parašas)
2. Ar 5 metų laikotarpyje buvo atliktas rentgeno tyrimas _____
(įrašyti taip arba ne) (parašas)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog būčiau gydomas gydytojo odontologo, burnos chirurgo, periodontologo, vaikų odontologo siūlomu gydymo metodu ir apmokėti už plombines medžiagas, kitas odontologines medžiagas, kurios nėra kompensuojamos privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis. _____
(parašas)

Sutinku, kad informacija apie mano sveikatos būklę būtų suteikta tik įstatymų numatyta tvarka. _____
(parašas)

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neturint paciento sutikimo _____
(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Esu informuotas, kad man nusprendus galiu keisti savo sprendimą dėl aukščiau duoto sutikimo.

Paciento (paciento atstovo) parašas, data

Gydytojo spaudas, parašas, data

Patvirtinta direktoriaus 2018.11.09. sprendimo Nr. 44

Įsakymu Nr. V-111

PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS SKIEPAMS

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas, _____

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalinga), jog būčiau apžiūrėtas gydytojo ir įvertinta mano sveikatos būklė, atlikti būtini tyrimai, _____

(parašas)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie numatomus atlikti skiepus pagal nacionalinį skiepų kalendorių arba pačiam prašant, galimą riziką, pasitaikantį šalutinį poveikį, pasekmes, atsisakius privalomų skiepų. Susipažinimui gausiu vakcinų instrukcijas.

(parašas)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalinga), jog būčiau skiepijamas Alytaus poliklinikoje.

Vakcinų pavadinimas, mokama/ nemokama įrašas daromas gydytojo ar slaugytojo antroje šio sutikimo pusėje, man patvirtinant parašu _____

(parašas)

Sutinku, kad informacija apie atliktus skiepus būtų suteikta tik įstatymų numatyta tvarka, _____

(parašas)

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neturint paciento sutikimo

(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Esu informuotas, kad man nusprendus galiu keisti savo sprendimą dėl aukščiau duoto sutikimo.

Paciento (paciento atstovo)

Gydytojo spaudas, parašas

Vardas, pavardė, parašas

Data

Data

PATVIRTINTA

VšĮ Alytaus poliklinikos direktoriaus
2020-01-20 įsakymu Nr. V-60

**PACIENTO (PACIENTO ATSTOVO) SUTIKIMAS PASIRENKANT ULTRAGARSINĮ
DENSITOMETRINĮ (KAULŲ TANKIO) NUSTATYMĄ**

Aš, _____

(vardas, pavardė, gimimo data)

Paciento atstovas,

(vardas, pavardė, gimimo data, ryšys su pacientu, kontaktinis telefono numeris)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), jog būtų paskirta ultragarsinė densitometrija (kaulų tankio matavimas)

(parašas)

Patvirtinu, jog gavau pakankamą ir aiškią informaciją apie įstaigoje taikomą ultragarsinės densitometrijos (kaulų tankio matavimo) metodą, tyrimų rezultatus, galimą riziką, pasitaikanti šalutinį poveikį.

(parašas)

Patvirtinu, jog gydantis gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas, rentgeno technologas suteikė pakankamą ir aiškią informaciją apie ultragarsinę densitometriją (kaulų tankio matavimą) ir **sutinku, nesutinku** (išbraukti nereikalingą), kad būtų atliktas. Skiriant šį tyrimą patvirtinu, jog:

1. Esu nėščia, maitinanti kūdikį (išimtinai moterims)

(įrašyti **taip** arba **ne**)

(parašas)

2. Anksčiau atliktas rentgeno tyrimas

(tyrimo pavadinimas, atlikimo data)

(parašas)

Sutinku, nesutinku (išbraukti nereikalingą), už šį diagnostinį tyrimą apmokėti, kurios nėra kompensuojamos teritorinių ligonių kasų.

(parašas)

Sutinku, kad informacija apie mano sveikatos būklę būtų suteikta tik įstatymų numatyta tvarka, _____

(parašas)

Paciento nurodytas kontaktinis asmuo dėl informacijos suteikimo esant kritinei paciento būklei ir/ ar numatomų teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neturint paciento sutikimo

(vardas pavardė, ryšys su pacientu, telefono numeris)

Esu informuotas, kad man nusprendus galiu keisti savo sprendimą dėl aukščiau duoto sutikimo.

Paciento (paciento atstovo)

Vardas, pavardė, parašas

Data

Gydytojo spaudas, parašas

Data