

Warszawa dn, .....

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

**PACJENT:** .....

**PESEL**.....

Przedstawiciel ustawowy\* .....

**PESEL**.....

**INFORMACJA DLA PACJENTA**  
**dotycząca SARS CoV-2 i COVID-19.**

**Ocena wskazań do wykonania stomatologicznej procedury diagnostyczno-leczniczej.**

U pani/a w oparciu o wcześniejszą konsultację lekarską oraz uzyskane informacje o stanie zdrowia, istnieje wskazanie do wykonania poniżej wymienionej stomatologicznej procedury diagnostyczno- leczniczej, która obarczona jest zwiększonym ryzykiem zachorowania na zakaźną chorobę COVID -19.

Aktualnie, opierając się na dotychczas uzyskanych informacjach medycznych, nie można jednoznacznie 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, jednak również możliwe jest, że do tego doprowadzi.

Chcąc zabezpieczyć Państwu możliwość odbycia maksymalnie bezpiecznej wizyty w naszej Klinice, wprowadziliśmy specjalną procedurę bezpieczeństwa, z którą prosimy się zapoznać/ *załącznik „Procedura bezpieczeństwa”* /.

**Opis choroby wywołanej wirusem SARS CoV-2 – informacje ogólne.**

Wirus **SARS CoV-2** (ang. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2) należy do rodziny Coronaviridae, posiada pojedynczą nić RNA o dodatniej polaryzacji (ssRNA+) i wywołuje wśród ludzi zachorowania na chorobę zwaną 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 zdarzenie drogą krwi.

Nie jest jasna zależność między 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 rozprzestrzenianiem się zakażenia. Według ostatnich doniesień wirus może pojawić się w wydzielina 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 około 15 - 20% osób, śmiertelność u osób zarażonych ocenia się na 3 - 5%.

## **Opis ryzyka związanego z wykonaniem badania lub zabiegu w trakcie trwania pandemii wywołany wirusem SARS CoV-2 – informacje ogólne.**

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 znajdującego się w jego kale, innych wydzielinach lub na powierzchni z którymi 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 których może pan/pani mieć styczność. Dotychczas dostępne dane naukowe wykazują, że ponad połowa zakażonych osób przechodzi chorobę bezobjawowo, stąd nie ma możliwości odróżnienia pacjentów zdrowych od chorych którzy nie mają jakichkolwiek objawów.

Do zakażenia może dojść w każdej sytuacji gdy zaistnieje kontakt z wydzieliną, choć jest bardziej prawdopodobne jeżeli bezpośredni kontakt z osobą chorą trwa powyżej 15 minut 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 około 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.

Dlatego też, chcąc zabezpieczyć Państwu możliwość odbycia maksymalnie bezpiecznej wizyty w naszej Klinice, wprowadziliśmy specjalną procedurę bezpieczeństwa, z którą prosimy się zapoznać/ załącznik „*Procedura bezpieczeństwa*”/.

Należy przy tym zaznaczyć, że pozostałe *około 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.

## **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 **SARS CoV-2 mogą dawać** wyniki fałszywie ujemne, co oznacza, że testy mogą nie rozpoznać rozwijające się choroby. Takie osoby najczęściej nie mają jakichkolwiek objawów choroby, jednakże w tym czasie mogą już zarażać innych pacjentów.

Wynika z tego że, że nie możemy nigdy być pewni, że osoba z którą się Pani/Pan spotyka jest zdrowa. Dotyczy to też wszystkich osób przebywających w Klinice Stomatologia Zarębscy. Decyzją Ministra Zdrowia w Polsce powstały specjalne szpitale tak zwane 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.

Zważając na duży odsetek chorych bezobjawowych, nie może być Pani/Pan pewny/a, że podczas przeprowadzanych procedur medycznych w Klinice Stomatologia Zarębscy, nie nastąpi kontakt z wirusem SARS CoV-2.. Tym samym ryzyko zachorowania w istotny sposób się zwiększa. W związku z tym, wdrożyliśmy w Klinice Stomatologia Zarębscy cały system procedur bezpieczeństwa, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem SARS CoV-2. Prosimy o zapoznanie się z opisem zawartym w załączniku „*Procedury Bezpieczeństwa*”.

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W KLINICE  
STOMATOLOGIA ZARĘBSKY PODCZAS TRWANIA PANDEMII WYWOŁANEJ WIRUSEM  
SARS – CoV-2..**

*Nazwa proponowanego/planowanego świadczenia zdrowotnego:*

.....  
.....

Oświadczam, że w dniu.....Lekarz ..... przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o moim stanie zdrowia, istocie mojej choroby oraz o możliwościach leczenia i rokowaniu. Przedstawił mi informacje dotyczące planowanych wobec mnie świadczeniach zdrowotnych tj. badaniach diagnostycznych, leczeniu i ewentualnym leczeniu zabiegowym. Poinformował mnie dodatkowo o zagrożeniach wynikających z pandemii SARS CoV-2, jak i o *procedurach bezpieczeństwa* wdrożonych w Klinice Stomatologia Zarębscy.

Lekarz wyjaśnił mi zarówno korzyści jak i następstwa oraz rokowanie związane z proponowanym postępowaniem. Zostałem/am poinformowany/a o mogących wystąpić powikłaniach związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego, a lekarz udzielił mi wszelkich odpowiedzi na pytania z nimi związane.

Informacje te zrozumiałem/am. Lekarz poinformował mnie również o wszelkich powikłaniach i konsekwencjach związanych z proponowanym świadczeniem zdrowotnym oraz o ryzyku zachorowania na chorobę COVID-19. Poinformował mnie w wystarczającym stopniu i zrozumiale dla mnie, o możliwościach ewentualnego wyboru świadczeń zdrowotnych dotyczących mojego stanu zdrowia.

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

Ponadto zostałem poinformowany/a o możliwości rozmowy z lekarzem bezpośrednio przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego w celu wyjaśnienia moich ewentualnych dalszych pytań związanych z tym świadczeniem.

Zapoznałem/am się z informacjami o proponowanym świadczeniu zdrowotnym zawierającymi także informacje o możliwych powikłaniach jakie związku ze świadczeniem mogą wystąpić oraz o zagrożeniu zainfekowaniem nie wirusem SARS CoV-2. Informacje te zrozumiałem/am.

Oświadczam, że rozumiem, iż podczas przybywania w Klinice Stomatologia Zarębscy, pomimo zastosowania **procedur bezpieczeństwa/ patrz załącznik/**, środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.

Rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko, także ryzyko wszystkich powikłań choroby COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Oświadczam, że jestem świadomy/a opisanego powyżej ryzyka epidemiologicznego podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych w Klinice Stomatologia Zarębscy w trakcie ogłoszonej w Polsce pandemii wirusa SARS CoV-2.

W związku z powyższym zagrożeniem epidemiologicznym, w tym możliwością zarażenia się wirusem SARS CoV-2, nie będę wnosić żadnych roszczeń wobec lekarza, personelu czy właściciela Kliniki Stomatologia Zarębscy, a podpis składam dobrowolnie.

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

| <b>Wyrażam zgodę na udzielanie mi zaproponowanych świadczeń stomatologicznych</b>  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>TAK*</b> _____<br><i>data</i>   | _____ <i>podpis pacjenta</i> |
| <b>NIE*</b> _____<br><i>data</i>   | _____ <i>podpis pacjenta</i> |
| <b>Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta, wyrażam zgodę na udzielanie mu zaproponowanych świadczeń stomatologicznych .</b> |                              |
| <b>TAK*</b> _____<br><i>data</i>   | _____ <i>podpis pacjenta</i> |
| <b>NIE*</b> _____<br><i>data</i>   | _____ <i>podpis pacjenta</i> |
| <b>Dane przedstawiciela ustawowego:</b>  |                              |
| <i>Imię i Nazwisko</i>   | <i>PESEL:</i>                |
| <i>Adres:</i>  | <i>Tel.:</i>                 |