

VŠĮ Jonavos PSPC  
Žeimių g. 19, LT55134 Jonava  
Tel. +370 349069011  
El. p. [info@jonavospssc.lt](mailto:info@jonavospssc.lt)

Forma patvirtinta VŠĮ Jonavos PSPC  
direktoriaus  
2020 m. sausio 31 d. įsakymu Nr. V-20

## SUTIKIMAS DĖL CHIRURGINĖS OPERACIJOS, INVAZINĖS IR (AR) INTERVENCINĖS PROCEDŪROS ATLIKIMO

Paciento vardas, pavardė, amžius \_\_\_\_\_  
Sveikatos priežiūros specialisto, atliekančio chirurginę operaciją, invazinę ir (ar) intervencinę procedūrą, vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija \_\_\_\_\_

Chirurginės operacijos, invazinės ir (ar) intervencinės procedūros pavadinimas, esmė, pobūdis, tikslai: \_\_\_\_\_

COMIRNATY VACCINE

Galimos pasekmės ir komplikacijos, atliekant chirurginę operaciją, invazinę ir (ar) intervencinę procedūrą:

- a) žaizdų siūlų išėmimas: paraudimas, patinimas, kraujosrūva
- b) šlapimo pūslės kateterizavimas: kraujavimas, infekcinės komplikacijos, šlapimo pūslės perforacija
- c) žaizdų ir (ar) opų perrišimas, stomų priežiūra: infekcinės komplikacijos, kraujavimas, audinių vientisumo pažeidimas
- d) kraujo paėmimas, vaistų leidimas į veną, raumenis, į poodį: paraudimas, patinimas injekcijos vietoje, kraujosrūva, alerginės reakcijos
- e) skiepai: komplikacijos nurodytos vakcinų apraše
- f) ausies plovimas: būgnelio performacija, kraujavimas

Jūs esate informuotas (-a) apie Jūsų ligą ir apie rekomenduojamą intervencinę, invazinę, diagnostinę ar gydomąją procedūrą. Jūs privalote įspėti sveikatos priežiūros specialistą apie Jūsų organizmo alergines ar kitas reakcijas į bet kokį medikamentą bei nurodyti ligas ar būsenas, galinčias turėti įtakos šiai procedūrai.

Paciento, jo atstovo (atstovavimo pagrindas) vardas, pavardė, sutikimą patvirtinantis parašas, data, laikas.

Sveikatos priežiūros darbuotojo užpildžiusio formą) vardas, pavardė, pareigos, užpildymo data, laikas.