

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG STENTOWANIA TĘTNICY TRZEWNEJ

Imię i nazwisko													
PESEL												Numer Księgi Główniej	

1. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/Pani:

Objawowe zwężenie/ niedrożność*pnia trzewnego / tętnicy krezkowej górnej - ostre/ przewlekłe * - *niepotrzebne skreślić*

2. PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Stentowanie / angioplastyka tętnicy krezkowej górnej lub rzadziej, pnia trzewnego, jest to zabieg wewnątrznaczyniowy wykonywany na tętnicach zaopatrujących w krew wątrobę, trzustkę i jelita, dlatego tętnice te nazywa się też tętnicami trzewnymi. Zabieg wykonuje się z nakłucia tętnicy w pachwinie lub w okolicy pachy, przeważnie lewej. Polega on na pokonaniu zwężenia lub niedrożności tętnicy za pomocą prowadnika (drucika), a następnie poszerzeniu naczynia balonem i/lub implantacji stentu (sprężynki) albo stalowej, albo pokrywanej lekiem albo materiałem nieprzepuszczającym krwi (tzw. stentgraftu, stentu krytego). Rodzaj zabiegu zależy od choroby tętnicy. Jeżeli jest nią miażdżyca, to przeważnie implantuje się stent, a w przypadku dysplazji włóknisto- mięśniowej (tzw. FMD) leczeniem z wyboru jest angioplastyka, jeżeli jest to zabieg pierwszy i nie doszło w jego trakcie do rozwarstwienia naczynia lub tzw. wczesnego zwężenia (elastic recoil). W przypadku, gdy mamy do czynienia z **ostрым niedokrwieniem** jelit, wątroby zabieg ma na celu jak najszybsze przywrócenie przepływu krwi do narządów jamy brzusznej poprzez rozpuszczenie (tromboliza), odessaniu i/lub usunięciu mechanicznym materiału zatorowego lub skrzepliny (wewnątrznaczyniowa trombektomia/ embolektomia). Zabiegi wykonuje się wtedy w trybie pilnym, gdyż stan ten stanowi bezpośrednie zagrożenie życia lub resekcji jelit, z następowym zespołem krótkiego jelita i koniecznością, przynajmniej czasowego żywienia drogą dożylną. Celem planowego zabiegu tętnicy trzewnej z powodu **przewlekłego niedokrwienia krezki (jelit)** jest przywrócenie prawidłowego przepływu krwi do narządów jamy brzusznej i zmniejszenie, ustąpienie objawów niedokrwienia jelit pod postacią poposiłkowych bólów brzucha, utraty masy ciała, lęku przed jedzeniem krwawienia z przewodu pokarmowego. Zabiegu tego nie wykonuje się u pacjenta bezobjawowego, np. z powodu zwężenia naczynia wykrytego przypadkowo w tomografii komputerowej.

OPIS PROCEDURY ZABIEGOWEJ:

Stentowanie tętnicy trzewnej wykonuje się w znieczuleniu miejscowym skóry pachwiny lub okolic pachy, po wcześniejszym nawodnieniu pacjenta i wysyceniu aspiryną i kłopidogrelem. Zabieg jest przeprowadzany w warunkach sali operacyjnej lub pracowni radiologii zabiegowej z zachowaniem zasad pełnej aseptyki. Pacjent jest ułożony na stole operacyjnym na plecach, a miejsce nakłucia jest dezynfekowane i obłożone sterylnym, jednorazowym materiałem z okienkiem w miejscu dostępu do Pana/ Pani układu naczyniowego. Następnie operator, przeważnie pod kontrolą USG, nakłuwając tętnicę, wprowadza prowadnik, a następnie koszulkę naczyniową. Na początku zabiegu wykonywana jest angiografia, która jest badaniem rentgenowskim naczyń krwionośnych z wykorzystaniem jodowych środków kontrastowych lub dwutlenku węgla umożliwiających obrazowanie stanu Pana/ Pani naczyń krwionośnych. Podczas wstrzykiwania środka kontrastowego poczucie Państwo rozprzestrzeniające się ciepło i, być może, wrażenie rozpierania w badanej okolicy. Po potwierdzeniu zwężenia tętnicy trzewnej, operator zakwalifikuje Panią/ Pana do udrożnienia naczynia, jego poszerzenia balonem i implantacji stentu, przeprowadza prowadnik (drucik) przez zmienione chorobowo naczynie, a następnie implantuje stent, doprężając go balonem. Po zabiegu wykonuje się kontrolną angiografię, ocenia stan implantowanego stentu oraz naczyń trzewnych (zaopatrujących jelita) w celu wykrycia ewentualnych zatorów lub krwawienia.

KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA:

W trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności (np. wystąpienie krwawienia, zatoru tętnicy trzewnej, wątrobowej), wymagające zmiany zakresu lub rozszerzenia procedury, co może obejmować konieczność wdrożenia leczenia farmakologicznego (np. tromboliza dożylna, infuzja leku przeciwplatekowego), wykonania innego rodzaju interwencji wewnątrznaczyniowej (np. trombektomii embolektomii tętnicy trzewnej, tamowania krwawienia- np. poprzez embolizację gałązki tętnicy trzewnej, co może skutkować zawałem wątroby, jelita śledziony) lub otwartej operacji naczyniowej. Ostateczna decyzja o zakresie przeprowadzanego zabiegu będzie podejmowana przez lekarza prowadzącego/ wykonującego zabieg w oparciu o Pana/ Pani stan kliniczny i rodzaj powikłań. Operator, o ile to będzie możliwe, będzie starał się Pani/Panu wszystko wyjaśnić i uzyskać Pana/ Pani ustną zgodę. W trakcie zabiegu mogą też wystąpić inne powikłania, wymagające interdyscyplinarnego działania wielu lekarzy w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta.

Po zakończeniu procedury koszulka naczyniowa (introduktor) jest usuwana a miejsce wkłucia uciskane do chwili ustania krwawienia. Następnie zakładany jest opatrunek uciskowy. W czasie trwania ucisku konieczne jest unieruchomienie nakłuwanej kończyny, co oznacza najczęściej konieczność leżenia na plecach przez 12-16 godzin. W przypadku odpowiedniego stanu naczynia miejsce wkłucia może zostać zamknięte przy pomocy okludera (szwu lub specjalnego korka), który powoduje natychmiastowe zamknięcie otworu w naczyniu, dzięki czemu czas unieruchomienia może być nieco krótszy.

ZALECENIA OKOŁOZABIEGOWE:

Przed zabiegiem zostaną wykonane:

badania diagnostyczne: (badania laboratoryjne, EKG, USG, angiografia), które pozwolą na dokładną ocenę stanu zdrowia i ostateczną kwalifikację do stentowania tętnicy trzewnej

Zalecenia dla Pacjenta przed zabiegiem:

- pacjent powinien usunąć owłosienie łonowe oraz umyć całe ciało, szczególnie miejsce wprowadzenia cewnika (pachwiny), aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, w zabiegach tych może pomóc pielęgniarka;
- lekarz zaleca nawodnienie dożylne (kroplówki)/ doustne, leki przeciwplatekcyjne (aspiryna, kłopidogrel), może też zalecić przerwanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych i przeciwcukrzycowych lub innych, jeżeli mogą wpłynąć one na ryzyko okołozabiegowe;
- pacjent powinien powstrzymać się od jedzenia i picia w ciągu 2-6 godzin przed zabiegiem, chyba że lekarz zaleci inaczej.

Po zabiegu:

- lekarz zaleca kroplówki, ew. inne leki, zjeść posiłek można przeważnie po 2-6 godzinach od zakończenia zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej;
- konieczne zastosowanie się do zaleceń lekarza, w tym przyjęcia pozycji leżącej z opatrunkiem uciskowym w pachwinie lub w okolicy pachy przez okres kilkunastu godzin po wykonanym zabiegu zgodnie z instrukcjami; niepalenie tytoniu, zachowanie spokoju
- nie przyjmować leków własnych, tylko ściśle te, które w odpowiednich dawkach zaleci lekarz oddziałowy
- należy zgłaszać wszelkie niepokojące objawy występujące w miejscu wkłucia (np. w pachwinie),
- zmiany w diecie i stylu życia: po zabiegu zaleca się zdrową dietę, regularną aktywność fizyczną (zgodnie z zaleceniami lekarza), wyrównanie cukrzycy, rzucenie palenia tytoniu, kontrolowanie stężenia cholesterolu LDL oraz ciśnienia krwi,

Okres rekonwalescencji:

- unikanie dużego wysiłku: przez pierwsze 1-2 tygodnie po zabiegu należy unikać intensywnego wysiłku fizycznego i długotrwałego stania i dźwigania, oszczędzając szczególnie tę kończynę, w której było nakłucie tętnicy.
- kontrole lekarskie: regularne wizyty kontrolne pozwalają na monitorowanie efektów zabiegu i stanu zdrowia pacjenta.

Jeżeli potrzebujecie Państwo dodatkowych informacji związanych z tym zabiegiem możecie Państwo porozmawiać z leczącym Państwa lekarzem.

4. OCZEKIWANE KORZYŚCI Z PRZEPROWADZENIA ZABIEGU UDROŻNIENIA/ STENTOWANIA TĘTNICY TRZEWNEJ

Bezpośrednią skuteczność zabiegów stentowania tętnicy trzewnej ocenia się na 60-90%. Po zabiegu u pacjentów z ostrym niedokrwieniem jelit powinien ustąpić ból brzucha, a u pacjentów z niedokrwieniem przewlekłym powinna powrócić możliwość bezbolesnego spożywania posiłku, normalizacja konsystencji stolca oraz przyrost masy ciała.

Zabieg stentowania tętnicy trzewnej likwiduje/ zmniejsza jej zwężenie, ale nie leczy podstawowej przyczyny zwężenia tętnicy nerkowej, czyli miażdżycy lub dysplazji włóknisto- mięśniowej (FMD). Dlatego uzyskanie korzyści z zabiegu stentowania tętnicy trzewnej zależy od przestrzegania przez Pana/ Panią od odpowiedniej diety, zmian stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, wysiłek fizyczny) oraz przyjmowania tabletek (leki obniżające stężenie cholesterolu, leki „rozrzedzające krew”), kontroli wyrównania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, masy ciała i zgłaszania się na ambulatoryjne kontrole lekarskie.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☐ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

5. RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM STENTOWANIA TĘTNICY TRZEWNEJ

Żaden lekarz nie może Państwu zagwarantować, że zabieg przebiegnie bez powikłań. Nawet drobne incydenty mogą przy splocie niefortunnych okoliczności, doprowadzić do poważnych działań niepożądanych, niebędących błędem. Proponowany zabieg operacyjny będzie wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności, w ramach warunków lokalowych, sprzętowych, ludzkich i finansowych, którymi dysponuje szpital, oddział i jednostka organizacyjna (blok operacyjny, sala radiologii zabiegowej) w danym momencie. Zabiegi operacyjne mogą być powiązane z różnym procentowo ryzykiem zdarzeń niepożądanych zależnym od: **(a)** samego pobytu w szpitalu (ryzyko zakażenia szpitalnego- 14-20%, krwawienia- 4-6%, powikłań zakrzepowo- zatorowych- określonego punktacją skali Padewskiej/ Capriniego, niedożywienia- 30%, upadku) **(b)** osobniczego ryzyka pacjenta zależnego od jego stanu jego zdrowia, chorób przebytych i współistniejących, zaawansowania choroby, wieku, odżywienia (ocenianych w skali POSSUM lub Goldmanna) **(c)** znieczulenia (skala ASA); **(d)** trybu (nagły, pilny, planowy przyspieszony, planowy), typu (operacja/ reoperacja) i rodzaju samej operacji (średnio 1-5% ryzyko zgonu i incydentu sercowo- naczyniowego, krwawienia, zakażenia, zakrzepicy + wymienione poniżej); **(e)** przebiegu okresu pooperacyjnego (ryzyko wystąpienia majaczenia [delirium], zakażenia miejsca operowanego, krwawienia i zakrzepicy żylniej), a nawet **(f)** pory roku (infekcje okresu jesienno- zimowego, wysokie temperatury latem, wahania ciśnienia atmosferycznego, burze) i **(g)** niemożliwych do przewidzenia czynników zewnętrznych (np. epidemia, pandemia, klęski żywiołowe, konieczność wykonania pilnego zabiegu u innego pacjenta) i zależnych od pacjenta (np. nietypowa anatomia, nieoczekiwana reakcja na substancję podaną podczas zabiegu). Każdy zabieg operacyjny, także małoinwazyjny może wymagać przetoczenia krwi oraz wiązać się ogólnymi powikłaniami, jak zakażenie, krwawienie, powikłania zakrzepowo- zatorowe, zapalenie płuc, zakażenie miejsca operowanego, zawał serca, udar, zgon. Śmiertelność okołoperacyjna nie powinna przekraczać 1-5%, Ryzyko jest zawsze wyższe w przypadku nagłych lub pilnych wskazań do zabiegu (ostre niedokrwienie), niż wtedy, gdy zabieg przeprowadzany jest w trybie planowym (przewlekłe niedokrwienie).

Na podstawie skali Goldmanna (modyfikacja Lee) wyliczono indywidualne ryzyko śmierci oraz powikłań związanych z zabiegiem, które wynoszą u pana/Pani

Śmiertelność: Możliwość powikłań:

Ciężkie powikłania związane z zabiegiem stentowania tętnicy trzewnej(występują bardzo rzadko) to zdarzenia, które są przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia. Do najpoważniejszych należą:

- zgon okołoperacyjny
- uszkodzenie naczynia krwionośnego na drodze przechodzenia przewodnika i cewnika od pachwiny do tętnicy trzewnej, powodujące krwawienie lub rozwarstwienie ściany naczynia. Powikłanie to można zaopatrzyć stentem, „stentem krytym” (stengraftem), spiralami (coile); czasem powikłanie to może jednak wymagać zabiegu chirurgicznego;
- uszkodzenie naczynia w miejscu wkłucia (najczęstsze) z powstaniem krwiaka (zasinienia), „krwiaka tętniącego” lub tętniaka (ryzyko TO utrzymuje się do 2 tygodni po zabiegu, gdy nie przestrzega się zaleceń lekarza, i np. przecięcia kończyny). Powstanie tętniaka w pachwinie może wymagać albo przedłużonego ucisku, albo wstrzyknięcia kleju tkankowego do jamy tętniaka, albo zabiegu operacyjnego. Krwiak tętniący/ tętniak rzekomy jest najczęstszym powikłaniem zabiegów wewnątrznaczyniowych. Powikłanie to występuje w przypadku co najmniej w 1% nakłuc tętnicy udowej, a w przypadku zabiegów interwencyjnych (angioplastyka) nawet do 5,5%.
- zatory obwodowe, gdy skrzeplina blaszka miażdżycowa, przez którą przechodzi się podczas zabiegu oderwie się i z prądem krwi zostanie porwana do naczyń położonych niżej lub wyżej, zależnie od kierunku przepływu krwi; powikłanie to będzie wymagało kolejnych procedur mających na celu ich usunięcie lub rozpuszczenie zakrzepu (tromboliza, trombektomia wewnątrznaczyniowa lub chirurgiczna); te dodatkowe procedury mogą wydłużyć Pana/ Pani czas zabiegu nawet o 1-2 dni, co będzie wiązało się także z przedłużonym pobytem.
- zespół poreperfuzyjny- dochodzi do niego przeważnie, gdy zabieg wykonany został zbyt późno, jest spowodowany "wypłukaniem" toksyn z martwych tkanek jelita i przedostaniem się toksyn jelitowych do krwioobiegu. Wystąpienie tego powikłania można przeważnie rozpoznać już podczas zabiegu; prowadzi od do niewydolności wielonarządowej o poważnym i zwykle niepomyslnym rokowaniu;
- zawał serca,
- ostre uszkodzenie nerek, spowodowane nefropatią pokontrastową. Nefropatia pokontrastowa (CIN) występuje u 1-4% pacjentów poddawanych interwencji wewnątrznaczyniowej i polega na przejściowym wzroście stężenia kreatyniny we krwi, który zwykle normalizuje się w ciągu 7 dni. Natomiast ryzyko poważnych efektów ubocznych, np. ewentualnej dializy, jest niskie i wynosi ok. 0,07%. wystąpienie tego powikłania może wpływać na odległe ryzyko sercowo- naczyniowe pacjenta.
- ciężka reakcja alergiczna na środek kontrastowy prowadząca do niewydolności wielonarządowej

Inne powikłania związane z zabiegiem wewnątrznaczyniowym na tętnicach trzewnych

- krwawienie lub zasinięcie w miejscu nakłucia,
- przejściowy ból lub dyskomfort w kończynie i/lub pachwinie, obrzęk spowodowany uciskiem, zakrzepica żył powierzchownych (np. po wenflonie) i głębokich;
- reakcje alergiczne na środek kontrastowy (np. świąd, wysypka, nudności) - < 1%
- nawrót zwężenia/ niedrożności naczynia krwionośnego w okresie po wypisaniu ze szpitala, tzw. restenoza w stencie, która może wystąpić w różnym czasie po zabiegu nawet u 15-30% pacjentów; największe ryzyko restenozy w stencie istnieje w pierwszym roku po zabiegu. Objawi się ona nawrotem dolegliwości występujących przed zabiegiem lub ostrym niedokrwieniem jelit;

Jak wspomniano, zabieg stentowania tętnicy trzewnej wykonuje się w **ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM** (najczęściej lidokainą). Lidokaina działa poprzez blokowanie przewodzenia impulsów nerwowych, co uniemożliwia odczuwanie bólu w miejscu podania i jest powszechnie stosowana w celu złagodzenia bólu podczas zabiegów. Możliwe powikłania związane z podskórnym podawaniem lidokainy to:

- reakcje alergiczne: u niektórych pacjentów może wystąpić uczulenie na lidokainę, objawiające się wysypką, swędzeniem, obrzękiem lub dusznością. W przypadku wystąpienia takich objawów należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.
- działania niepożądane: lidokaina może powodować zawroty głowy, senność, drżenie mięśni, zaburzenia widzenia lub słuchu. Objawy te zwykle ustępują po krótkim czasie.
- powikłania miejscowe: w miejscu podania lidokainy może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk lub ból. Zwykle są to łagodne objawy, które ustępują samoistnie.

Ważne jest, aby poinformować lekarza o wszelkich dolegliwościach, które występują po podaniu lidokainy lub reakcjach, które wystąpiły podczas ewentualnych wcześniejszych podań leku. Podobna uwaga dotyczy przebytych niepożądanych reakcji na środki kontrastowe.

6. SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU STENTOWANIA TĘTNICY TRZEWNEJ

Jak wspomniano, ryzyko restenozy w stencie stalowym implantowanym do tętnicy trzewnej zwężonej na tle miażdżycy wynosi nawet 30%, jest ono mniejsze w przypadku implantowania stentu uwalniającego lek antyproliferacyjny (tzw. DES), ale jego implantacja wymaga dłuższego stosowania podwójnej terapii przeciwpłytkowej. Niektóre dane wskazują, że najmniejsze ryzyko restenozy jest po implantacji stentgraftu do tętnicy krezkowej górnej. Zabieg wewnątrznaczyniowy nie ma dobrych wyników odległych u pacjentów z uciskiem na naczynie trzewne (tzw. zespół Dunbara). Należy podkreślić, że efekt odległy zabiegu stentowania tętnicy trzewnej zależy od przestrzegania przez Pana/ Panią zmian stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zdrowa dieta, regularny wysiłek tlenowy i umiarkowane ćwiczenia oporowe) oraz przyjmowania tabletek zgodnie z zaleceniem lekarza na karcie wypisowej (leki przeciwpłytkowe, leki obniżające stężenie cholesterolu), kontroli wyrównania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, masy ciała i zgłaszania się na ambulatoryjne kontrole lekarskie. Mają one na celu wykrycie nawrotu zwężenia w stencie, które, jak wspomniano wynosi 15-20%, a nawet 30% w ciągu 12 miesięcy. Obecność zwężenia tętnicy trzewnej podwaja ryzyko sercowo- naczyniowe pacjenta (tzn. wystąpienia udaru, zawału serca, niedokrwienia kończyny).

7. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

- **MODYFIKACJA DIEIETYCZNA**- dotyczy tylko pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem jelit i polega na stosowaniu częstych, mało białotłuszczowych posiłków, ważne jest jednak, by wszystkie posiłki w sumie dostarczały niezbędną ilość makro- i mikroelementów, by zmniejszyć ryzyko niedożywienia; pacjent z ostrym niedokrwieniem jelit pozostaje na diecie ścisłej do czasu zmiany decyzji lekarza;
- **OPTYMALNA TERAPIA FARMAKOLOGICZNA** – dotyczy tylko pacjentów z przewlekłym niedokrwieniem jelit i polega na stosowaniu

leków w celu zmniejszenia nasilenia czynników progresji miażdżycy (obniżenie stężenia cholesterolu LDL < 55mg/dl, a nawet <40mg/dl, kontrola ciśnienia cukrzycy, itd.). Leczenie takie jest zawsze stosowane w pierwszej kolejności, niezależnie od tego, czy chory będzie podany zabiegowi, czy nie. Samo leczenie zachowawcze nie jest jednak wystarczająco skuteczne w leczeniu chorych z ostrym niedokrwieniem jelit, prowadzących nieuchronnie do martwicy jelita, konieczności ich resekcji oraz wysokiego prawdopodobieństwa zgonu (95%). Przeważnie nie pomaga ono także chorym z przewlekłym niedokrwieniem, dlatego wykonanie zabiegu jest niezbędne w celu uchronienia pacjenta przed niedożywieniem, wyniszczeniem i śmiercią głodową.

- **LECZENIE CHIRURGICZNE/ HYBRYDOWE** -zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, wymaga otwarcia jamy brzusznej. Wskazania do zabiegu chirurgicznego na tętnicach trzewnych obejmują: 1) ciężkie zwężenie/ niedrożność tętnicy trzewnej, gdy w odejściu tętnicy znajduje się tętniak aorty brzusznej lub jej ciężkie zwężenie wymagające opracowania chirurgicznego; 2) ciężkie zwężenie tętnicy trzewnej z wąskim i mocno zwądniałym odejściem, niepoddającym się leczeniu wewnątrznaczyniowemu; 3) nawracające zwężenia po leczeniu wewnątrznaczyniowym, odporne na powtarzane najnowsze metody leczenia, takie jak angioplastyka balonem tnącym, aterektomia, litotrypsja, wprowadzenie stentu uwalniającego lek, stentgraftu. Do standardowych technik rewaskularyzacji chirurgicznej tętnic trzewnych należy miejscowe pomostowanie aortalno- krezkowe, biodrowo- krezkowe, endarterektomia z wstawieniem elastycznej łaty lub bez niej, zabieg hybrydowy- nakłucie tętnicy krezkowej po jej wypreparowaniu chirurgicznym w jamie brzusznej i jej wsteczne udrożnienie. Szacuje się, że u pacjentów poddanych chirurgicznemu leczeniu zwężenia tętnicy trzewnej współczynnik umieralności sięga 5%. Pooperacyjna niewydolność oddechowa wymagająca wydłużonej intubacji oraz powikłania sercowe występowały nawet u 18% pacjentów.

8. SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA/ DIAGNOSTYKI:

Lekarz proponujący Panu/Pani zabieg stentowania tętnicy trzewnej rozważył wszystkie wskazania i przeciwwskazania do jego przeprowadzenia, uznając, że w Pana/Pani przypadku potencjalne korzyści z zabiegu przewyższają ryzyko powikłań. W punktach 4-6 przedstawiono statystyki dotyczące ryzyka powikłań oraz odsetków chorych, którzy korzystają na przeprowadzeniu procedury. Niezależnie od poddania się zabiegowi, powinien Pan/ Pani ściśle przestrzegać zaleceń leczenia farmakologicznego z osiągnięciem założonych celów terapii. Mimo jego przestrzegania, bez stentowania tętnicy trzewnej, pozostanie u Pana/ Pani zwiększone ryzyko pogorszenia stanu zdrowia związanego z ryzykiem martwicy jelit, niedożywienia, wyniszczenia i zgonu.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a i zrozumiałem/-am, że brak podjęcia leczenia zabiegowego i wybór leczenia zachowawczego- farmakologicznego może doprowadzić do skutków opisanych powyżej, ze zgonem włącznie.

9. PYTANIA PACJENTA:○ - brak

10. OŚWIADCZENIE PACJENTA:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią niniejszego formularza i w pełni zrozumiałem/ -am informacje w nim zawarte oraz te przekazane mi zostały podczas rozmowy z podpisanym poniżej lekarzem, który poinformował mnie o rozpoznaniu, związanym z nim rokowaniu, rodzaju proponowanego zabiegu lub procedury medycznej (np. wkłucie centralne), o sposobie jego przeprowadzenia i możliwości rozszerzenia jego zakresu; o jego potencjalnych, możliwych do przewidzenia wynikach, następstwach, powikłaniach i potencjalnych zdarzeniach niepożądanych, które mogą wystąpić podczas i po zabiegu; przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu/ procedury medycznej; oczekiwanych korzyściach i dających się przewidzieć skutków odległych zabiegu; alternatywnych metodach leczniczych i diagnostycznych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, skutków odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia.

2. Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem miałem/ -am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/ -am na nie przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

3. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o aktualnych i przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach, a także nałogach (palenie tytoniu, e-papierosy, alkohol, substancje odurzające, narkotyki), przyjmowanych lekach i suplementach diety, wiadomych mi uczuleniach i alergiach oraz zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany w przeszłości, warunkach socjalnych i możliwościach opieki oraz schorzeniach członków mojej najbliższej rodziny.

Zgoda na zabieg

Mając świadomość przedstawionych wyżej wieloczynnikowych aspektów ryzyka związanego z przeprowadzeniem u mnie zabiegu/ procedury medycznej, w pełni świadomie i dobrowolnie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie wskazanego zabiegu/ procedury medycznej oraz jej ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie wykonywania u mnie zabiegu/ procedury medycznej dla ratowania mojego życia lub zdrowia. Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności zmierzających do lub związanych z przeprowadzeniem zabiegu, w tym na znieczulenie miejscowe.

11. UWAGI LEKARZA:

12. PODPIS PACJENTA I LEKARZA:

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

13. SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	