

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG UDROŻNIENIA I STENTOWANIA ŻYŁ GŁĘBOKICH KOŃCZYN DOLNYCH LUB ŻYŁ CENTRALNYCH**

Imię i nazwisko													
PESEL												Numer Księgi Główniej	

1. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/Pani:

Przewlekłą niedrożność żył biodrowych żyły głównej dolnej powodującą nasilone objawy kończynowe

*Niedrożność żył centralnych (żyły głównej górnej, ramiennie- głowowej, podobojczykowej, * - niepotrzebne skreślić)*

2. PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Niedrożność żyły głównej dolnej i żył odcinka biodrowo- udowego, zlokalizowanych w jamie brzusznej oraz żył centralnych położonych w klatce piersiowej ma przeważnie podłoże zakrzepowe (np. zakrzepica samoistna, spowodowana obecnością cewnika do dializ, czasowego cewnika centralnego, elektrody stymulatora serca) lub wynika z ucisku z zewnątrz (np. przez guzy, narządy, struktury kostne i mięśniowe, naczynia krwionośne). Stan taki wiąże się z przewlekłym nadciśnieniem żylnym obszaru drenowanego przez dany układ żył, co powoduje obrzęk, zasinienie, uczucie ciężkości, bólu, rozwoju krążenia obocznego (żylaków), a w skrajnych przypadkach prowadzi do powstawania owrzodzeń kończyn dolnych, nadciśnienia śródczaszkowego, niemożności prowadzenia hemodializ. W przypadkach objawowych proponuje się pacjentom udrożnienie żył, z czym wiąże się przeważnie konieczność założenia stentu. W przypadku żył centralnych przewaga stentowania nad angioplastyką nie jest aż taka wyraźna, więc istnieje możliwość, że lekarz, szczególnie przy niesprzyjającej anatomii, wykona tylko venoplastykę.

OPIS PROCEDURY ZABIEGOWEJ:

Zabieg wewnątrznaczyniowy na tętnicach kończyn dolnych wymaga zwykle znieczulenia miejscowego. Zabieg jest przeprowadzany w warunkach sali operacyjnej lub pracowni radiologii zabiegowej z zachowaniem zasad pełnej aseptyki. Pacjent jest ułożony na stole operacyjnym w odpowiedniej pozycji (na plecach lub na brzuchu), a obszar dostępu do naczynia (zwykle dół podkolanowy, pachwina, okolica pachy, albo szyja) jest dezynfekowany i ołożony sterylnym, jednorazowym materiałem z okienkiem w miejscu dostępu do Pana/ Pani układu żylnego. Następnie operator, przeważnie pod kontrolą USG, nakłuwa żyłę, wprowadza prowadnik, a następnie introduktor naczyniowy. Na początku zabiegu wykonywana jest angiografia, która jest badaniem rentgenowskim naczyń krwionośnych z wykorzystaniem środków kontrastowych (tradycyjne, jodowe lub dwutlenek węgla) umożliwiających obrazowanie miejsca i rozległości zwężenia/ niedrożności oraz stopień rozwoju krążenia obocznego. Podczas wstrzykiwania środka kontrastowego poczucie Państwo rozprzestrzeniające się ciepło i, być może, wrażenie rozpierania w badanej okolicy. Po ocenie naczyń, operator przeprowadza prowadnik (drucik) przez zmienione chorobowo naczynia, a następnie po prowadniku wprowadza specjalne narzędzia, przy pomocy których zwężenie jest poszerzane, tak by była możliwość przeprowadzenia przez nie układu rozprężającego stent. Wcześniej, za pomocą ultrasonografii wewnątrznaczyniowej (IVUS), lokalizuje się tzw. strefy ładowania stentu, tak, by jego końcówki znalazły się w zdrowym odcinku naczynia. Stenty żyłne mają dużą średnicę (10-24mm) i ich doprężanie, może wiązać z bólem. Potwierdzeniem skuteczności zabiegu jest zwykle sprawny przepływ środka kontrastowego przez stent i zanik krążenia obocznego w badaniu angiograficznym. Czasem zabieg stentowania żył trzeba uzupełnić 12-96h podawaniem leku trombolitycznego, wcześniej lekarz wykluczy obecność w Państwa historii choroby przeciwwskazań do jego stosowania. W trakcie zabiegu i przynajmniej przez 6 miesięcy po jego przeprowadzeniu pacjent musi brać leki przeciwzakrzepowe.

KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU PODCZAS JEGO TRWANIA:

W trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności (np. wystąpienie krwawienia, perforacja naczynia, oderwania się skrzeplin i ich migracja do krążenia płucnego- zator płucny, migracja stentu), wymagające zmiany jego zakresu lub rozszerzenia procedury, co może obejmować konieczność wykonania innego rodzaju interwencji wewnątrznaczyniowej lub otwartej operacji naczyniowej, także kardiochirurgicznej (tzw. embolektomia płucna). Ostateczna decyzja o zakresie przeprowadzanego zabiegu będzie podejmowana przez lekarza prowadzącego/ wykonującego zabieg w oparciu o Pana/ Pani stan kliniczny. Lekarz poinformuje Pana/Panią o tym podczas zabiegu i wyjaśni taką konieczność, ponieważ zabieg wykonywany w znieczuleniu miejscowym daje taką możliwość. Jeżeli stan Państwa na to pozwoli, będziecie Państwo proszeni o wyrażenie zgody na rozszerzenie zabiegu w formie ustnej.

W występujących powikłaniach, w trakcie procedury stentowania żył głębokich może zostać wykonana również:

Wewnątrznaczyniowa trombektomia płucna– usunięcie skrzeplin z wnętrza tętnicy płucnej w celu poprawy przepływu krwi do płuc i zmniejszenia przeciążenia prawej komory serca; zabieg wykonuje się w przypadku powikłania zabiegu żylnego zatorem płucnym (migracja skrzepliny do tętnicy płucnej); zabiegu tego możecie także Państwo wymagać w przypadku migracji stentu do żył klatki piersiowej; Zabieg sam w sobie może prowadzić do powikłań związanych z przechodzeniem cewnikiem przez serce (perforacja ściany serca, uszkodzenie zastawki, zaburzenia rytmu serca) oraz uszkodzenia tętnicy płucnej (krwotok, zakrzepica);

Tromboliza systemowa–podanie leku rozpuszczającego skrzepy (trombolityku) dożylnie w ciągu 2 godzin. Jest to standardowe leczenie zatorowości płucnej wysokiego ryzyka. W tym przypadku głównym powikłaniem są krwawienia, opisane niżej;

Po zakończeniu procedury i powrocie prawidłowego krzepnięcia krwi koszulka naczyniowa 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 ok. 5 godzin.

ZALECENIA OKOŁOZABIEGOWE:

Przed zabiegiem zostaną wykonane:

badania diagnostyczne: (badania laboratoryjne, EKG, USG, angiografia), które pozwolą na dokładną ocenę stanu zdrowia.

Zalecenia dla Pacjenta przed zabiegiem:

- pacjent powinien usunąć owłosienie z okolic planowanego miejsca nakłucia żyły, umyć całe ciało, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, w zabiegach tych może pomóc pielęgnarka;
- w zależności od stanu pacjenta, lekarz może zalecić przerwanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych i przeciwcukrzycowych lub innych, które mogą wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu.
- pacjent powinien powstrzymać się od jedzenia i picia w ciągu 2 godzin przed zabiegiem, chyba że lekarz zaleci inaczej.

Po zabiegu:

- lekarz zaleca kroplówki, ew. inne leki, zjeść posiłek można przeważnie po 2 godzinach od zakończenia zabiegu, chyba, że lekarz zaleci inaczej;
- konieczne zastosowanie się do zaleceń lekarza, w tym przyjęcia pozycji leżącej przez okres kilku godzin po wykonanym zabiegu zgodnie z instrukcjami; niepalenie tytoniu, zachowanie spokoju
- nie należy przyjmować leków własnych, tylko ściśle te, które w odpowiednich dawkach zaleci lekarz oddziałowy
- należy zgłaszać wszelkie niepokojące objawy występujące w miejscu wkłucia (np. w dole podkolanowym lub na szyi),
- 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 oraz przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych i stosowanie kompresjoterapii.

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 żyły.
- 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

Standardem leczenia pozakrzepowej niedrożności żył głębokich kończyn dolnych w przypadku umiarkowanych i ciężkich objawów zespołu pozakrzepowego jest stosowanie leków przeciwzakrzepowych. Zabieg wewnątrznaczyniowy u pacjenta z przewlekłą niedrożnością żył głębokich kończyn dolnych w odcinku biodrowo-udowym lub żył centralnych proponuje się, gdy nasilenie objawów pod postacią chromania żylnego, objawów ciężkiego zespołu pozakrzepowego (>14 pkt w skali Villalta) oraz objawy zespołu żyły głównej górnej limitują codzienną aktywność pacjenta i pogarszają jego jakość życia. Zabieg ma na celu udrożnienie naczynia i tą drogą złagodzenie objawów. Bezpośrednią skuteczność zabiegów udrożnienia i stentowania żył ocenia się na 90-95% w zespołach uciskowych bez wywiadu zakrzepicy oraz 80-85% w przypadku pacjentów z zespołem pozakrzepowym. Drożność stentów implantowanych do żył biodrowych po 2-10 latach obserwacji wynosiła 50-80%. Prawdopodobieństwo utrzymania ich drożności w ciągu roku po zabiegu można ocenić w skali the Etiology-Stenosis-Age-Length (ESAL) Classification. Pierwotna drożność stentów implantowanych do żył centralnych w klatce piersiowej u pacjentów dializowanych wynosiła odpowiednio, zależnie od publikacji, 40-67-81%, 52%, 47%, 41% i 30-40% po 12, 24, 36, 48 i 60 miesiącach.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana/Pani przypadku:

☐ *duże* ☐ *średnie* ☐ *ograniczone*

5. RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM WEWNĄTRZNA CZYNIOWYM

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

okołooperacyjna nie powinna przekraczać 1-5%.

Ryzyko powikłań związanych z zabiegiem stentowania żył biodrowych oraz żył centralnych ocenia się na 2-3% (przeważnie wynaczynienie środka kontrastowego)

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 wewnątrznaczyniowym w układzie żylnym(występują bardzo rzadko) to zdarzenia, które są przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia. Dzieli się je na powikłania miejsca nakłucia, związane z drogą przechodzenia cewnika oraz reakcjami na środek kontrastowy. Do najpoważniejszych należą:

- zgon- 2-3%
- zator płucny –wskutek oderwania się skrzepliny z żyły i jej przemieszczenia do krążenia płucnego, może powodować objawy łagodne lub poważne, w przypadku zatorowości płucnej wysokiego ryzyka śmiertelność 30-dniowa wyniosła odpowiednio 15% i 13% dla leczenia trombolitycznego i embolektomii chirurgicznej;
- uszkodzenie żyły w miejscu wkłucia (najczęstsze) z powstaniem krwiaka (zasinienia)- ryzyko około 5%, w przypadku jednoczesowego stosowania leków przeciwzakrzepowych lub trombolitycznych powikłanie to może mieć poważniejsze skutki, a w przypadku uszkodzenia naczynia wewnątrz jamy brzusznej lub klatki piersiowej, wymagać zaopatrzenia chirurgicznego.
- uszkodzenie żyły w miejscu niedrożności- 3-10%, co może skutkować krwotokiem, ale przeważnie objawia się tylko wynaczynieniem środka kontrastowego, bez klinicznych następstw;
- migracja stentu żylnego do żyły głównej górnej, rzadziej serca i krążenia płucnego
- udar mózgu lub zawał serca,
- ostre pokontrastowe uszkodzenie nerek w przypadku stosowania jodowych środków kontrastowych; 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 żyłach biodrowych:

- krwawienie lub zasinienie w miejscu nakłucia,
- przejściowy ból lub dyskomfort w kończynie,
- łagodne reakcje alergiczne na środek kontrastowy lub podawane leki (np. świąd, wysypka, nudności),
- ostra (do 24h) lub podostra (do 30 dni) zakrzepica w stencie -ryzyko 1-5%
- nawrót zwężenia/ niedrożności naczynia krwionośnego w okresie po wypisaniu ze szpitala, tzw. restenoza; jej ryzyko 2-10- letnie ocenia się 50-80%
- późna migracja i złamanie stentu – po 3%

Jak wspomniano, zabieg wewnątrznaczyniowy 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 podaniem 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 WEWNĄTRZACZYNIOWEGO LECZENIA ZWĘŻENIA LUB NIEDROŻNOŚCI ŻYŁ BIODROWO- UDOWYCH LUB ŻYŁ CENTRALNYCH

Drożność stentów implantowanych do żył biodrowych po 2-10 latach obserwacji wynosiła 50-80%. Jest ona gorsza u pacjentów, u których powodem wykonania zabiegu była przebyta zakrzepica tych żył w porównaniu z etiologią uciskową objawowego zwężenia. Prawdopodobieństwo utrzymania ich drożności w ciągu roku po zabiegu można ocenić w skali the Etiology-Stenosis-Age-Length (ESAL) Classification. Należy podkreślić, że, ze względu, iż ten zabieg przeprowadza się przeważnie u osób młodych, należałoby oczekiwać > 50-letniej drożności tych stentów. Nadzieją jest fakt, że zabiegi te można powtarzać z nadzieją na rozwój coraz to nowych technologii zapewniających udrożnienie naczynia i podtrzymanie jego drożności.

Pierwotna drożność naczynia po zabiegu wykonanym z powodu niedrożności lub zwężenia żył centralnych w klatce piersiowej (venoplastyka, stentowanie) u pacjentów dializowanych wynosiła odpowiednio, zależnie od publikacji, 40-67-81%, 52%, 47%, 41% i 30-40% po 12, 24, 36, 48 i 60 miesiącach. Podobnie, jak w przypadku zabiegów na żyłach biodrowych i w tych przypadkach możliwe jest

powtarzanie zabiegów i ponowne udrażnianie żył centralnych.

7. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

Najczęstszą alternatywą dla zabiegów wewnątrznaczyniowych w leczeniu niedrożności żył biodrowych i żył centralnych jest leczenie zachowawcze (farmakologiczne). Leczenie chirurgiczne, z powodu trudnego dostępu do żył biodrowych zlokalizowanych na tylnej ścianie jamy brzusznej i żył centralnych zlokalizowanych w klatce piersiowej, nie jest praktykowane.

LECZENIE ZACHOWAWCZE, czyli zalecenie leczenia farmakologicznego o działaniu przeciwzakrzepowym (antykoagulantu) i flebotropowym, kompresjoterapii (bandaż, podkolanówki), fizjoterapii i leczenia owrzodzeń żylnych. Należy podkreślić, że stosowanie leków przeciwzakrzepowych w tym przypadku nie ma na celu rekanalizacji naczynia, tylko profilaktykę wtórną zakrzepicy żył głębokich. Wiąże się z 6-10% ryzykiem powikłań krwotocznych o różnym nasileniu.

W przypadku pacjentów dializowanych, niedrożność żył centralnych może prowadzić do nieskuteczności hemodializy i konieczności uzyskania nowego dostępu do dializ, którym może być jedynie dostęp pachwinowy przez cewnik permanentny lub specjalna modyfikacja dostępu naczyniowego, tętniczko-żylnego lub tętniczego wytworzonego z naczyń własnych w obszarze spływu krwi do żyły głównej dolnej.

8. SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA/ DIAGNOSTYKI:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że brak podjęcia leczenia zabiegowego i zdecydowanie się jedynie na leczenie farmakologiczne, kompresjo terapię i fizjoterapię może, w zależności od stopnia nasilenia choroby przed zabiegiem, doprowadzić do skutków opisanych powyżej, a więc utrzymywania się chromania żylnego, objawów zespołu pozakrzepowego lub wynikającego z ucisku na żyły, w tym powstania niegojących się owrzodzeń goleni. U pacjenta dializowanego brak udrożnienia żył centralnych może prowadzić do utraty dostępu żylnego i konieczności szukania alternatywnych dostępu do dializ lub innego leczenia nerkozastępczego.

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. wklucie 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 pieczętka lekarza	