

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL:.....

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/TKI

UDROŻNIENIE TĘTNICY SZYJNEJ

Badanie przedoperacyjne potwierdziło u Pana/Pani krytyczne zwężenie tętnicy szyjnej. Choroba ta obciążona jest ryzykiem udaru niedokrwiennego mózgu z niedowładem połowicznym oraz zaburzeniami mowy. Jedyną szansą na obniżenie ryzyka w/w powikłań jest zabieg operacyjny. Operacja ta będzie wykonana w znieczuleniu miejscowym. Okolica operowana wzdłuż mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowo po zrobieniu zastrzyku będzie znieczulona 1% lignokainą. Po wypreparowaniu naczyń szyjnych będzie wykonane próbne zaciśnięcie naczyń na około 2 minuty i w tym czasie chory będzie proszony o zaciskanie palców ręki przeciwnej do strony operowanej. Przy braku objawów neurologicznych rozpocznie się właściwa część zabiegu polegająca na nacięciu podłużnym naczynia i usunięciu blaszek miażdżycowych- pacjent/тка nadal będzie w kontakcie z anestezyjologiem i chirurgiem. Następnie zszywa się naczynie i przezskórnie wprowadza się w okolice szytych naczyń dren. Około 4 godziny po zabiegu chory może jeść. Dren usuwany jest w 1 dobie po zabiegu. Przy prawidłowym przebiegu pooperacyjnym w 1- 2 dobie po zabiegu pacjent/тка zostaje wypisany/a do domu. W dniu wypisu ze szpitala otrzyma Pan/Pani kartę informacyjną z dokładnymi informacjami dotyczącymi kontroli chirurgicznej i dalszego leczenia. Alternatywą do przedstawionej metody może być wewnątrznacyniowe wszczepienie stentu do tętnicy szyjnej.

POWIKŁANIA, KTÓRE MOGĄ WYSTĄPIĆ PO OPERACJACH WYKONYWANYCH NA TĘTNICACH SZYJNYCH:

- udar niedokrwienny mózgu i konieczność przekazania na oddział udarowy po leczeniu operacyjnym
- krwiak w okolicy operowanej

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/Panu zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko, aczkolwiek nigdy nie można ich wykluczyć.

UWAGA:

Przed zabiegiem operacyjnym należy poinformować lekarza o istniejących chorobach, uczuleniach, oraz ewentualnym nie wyrażeniu zgody na przetaczanie krwi.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie proponowanego zabiegu operacyjnego oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenie zakresu zabiegu

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu. Potencjalne skutki zdrowotne tej decyzji zostały mi przedstawione

.....
(data i podpis pacjenta/teki lub opiekuna prawnego)

.....
(data i podpis lekarza przyjmującego zgodę)