

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA
ZABIEG HYBRYDOWY NA TĘTNICACH KOŃCZYN DOLNYCH**

Imię i nazwisko													
PESEL												Numer Księgi Głównej	

1. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pana/Pani:

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych pod postacią chromania przestankowego / przewlekłego niedokrwienia zagrażającego utratą kończyny/ Ostre niedokrwienie kończyny dolnej - niepotrzebne skreślić*

2. PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Leczenie hybrydowe w leczeniu inwazyjnym niedokrwienia kończyn dolnych proponuje się pacjentowi, gdy dla poprawy ukrwienia kończyn dolnych konieczna jest współpraca chirurga naczyniowego i angiologa interwencyjnego. Zabieg wykonuje się na sali operacyjnej z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki, przeważnie w znieczuleniu przewodowym (do kanału rdzenia kręgowego kręgosłupa), rzadziej w znieczuleniu ogólnym (o rodzaju znieczulenia do zabiegu decyduje lekarz anestezjolog). W trakcie takiego zabiegu najpierw chirurg naczyniowy usuwa blaszkę miażdżycową zamykając naczynie krwionośne (przeważnie tętnicę udową wspólną w pachwinie) i/lub wykonuje pomost chirurgiczny (by-pass) i łączy drożny odcinek tętnicy udowej wspólnej lub biodrowej z tętnicą głęboką uda, tętnicą udową powierzchowną lub podkolanową (pomost udowo- udowy, pomost udowo- podkolanowy). W drugiej części zabiegu angiolog wraz z chirurgiem naczyniowym, w oparciu o radiologiczny obraz naczyń (angiografia z podaniem jodowego środka kontrastowego), podejmuje się udrożnienia lub poszerzenia tętnic położonych w jamie brzusznej (przeważnie tętnicy biodrowejwspólnej lub zewnętrznej, a czasem także aorty- CERAB), albo poniżej i powyżej miejsc wszycia pomostu. Taka „podwójna” interwencja ma na celu zapewnienia odpowiedniego napływu i odpływu krwi z pomostu przy jak najmniejszym urazie tkanek osoby operowanej i jak najmniejszym obciążeniu układu krążenia. Po uzyskaniu poprawy parametrów przepływu krwi, w miejsce zwężenia lub niedrożności tętnicy wszczepia się stent lub wykonuje tylko poszerzenie balonem (angioplastykę). Rzadziej zabieg uzupełnia się wewnątrznaczyniowym usunięciem skrzeplin i zatorów (trombektomia, embolektomia) lub wewnątrznaczyniowym kruszeniem silnie uwapnionych blaszek miażdżycowych (litotrypsja, aterektomia). Po uzyskaniu optymalnego efektu zabiegu, który obiektywizuje się za pomocą angiografii, chirurg zaszywa ranę, zakłada opatrunek, a pacjent jest przekazywany na oddział.

KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA:

W trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności (np. wystąpienie krwawienia, zatoru tętnicy), wymagające zmiany jego zakresu lub rozszerzenia procedury, co może obejmować konieczność wykonania innego rodzaju interwencji wewnątrznaczyniowej lub otwartej operacji naczyniowej (łącznie z otwarciem jamy brzusznej lub dołu podkolanowego). Ostateczna decyzja o zakresie przeprowadzanego zabiegu będzie podejmowana przez lekarza prowadzącego/ wykonującego zabieg w oparciu o Pana/ Pani stan kliniczny oraz występujące warunki anatomiczne.

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 łonowe, na brzuchu oraz udzie i goleni, jeżeli zabieg planowany jest także w tamtej okolicy oraz umyć całe ciało, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, w zabiegach tych może pomóc pielęgniarka;
- w zależności od stanu pacjenta, lekarz może zalecić przerwanie przyjmowania leków przeciwzakrzepowych i przeciwciukrzycowych lub innych, które mogą wpłynąć na bezpieczeństwo zabiegu. Odstawienie tych leków jest także podyktowane bezpieczeństwem znieczulenia przewodowego (podawanego do kanału rdzenia kręgowego kręgosłupa)
- pacjent powinien powstrzymać się od jedzenia i picia w ciągu 6 godzin przed zabiegiem, chyba że lekarz zaleci inaczej. W tym czasie pacjent jest nawadniany dożylnie.
- czasem potrzebne jest założenie cewnika do pęcherza moczowego,

Po zabiegu:

- konieczne zastosowanie się do zaleceń lekarza, w tym przyjęcia pozycji leżącej przez okres kilkunastu godzin po wykonanym zabiegu zgodnie z instrukcjami; niepalenie tytoniu, zachowanie spokoju
- lekarz zaleca kroplówki, ew. inne leki, zjeść posiłek można przeważnie po 6 godzinach od zakończenia zabiegu, chyba, że lekarz zaleci inaczej;
- przez kilka godzin po zabiegu pacjent może nie mieć czucia w kończynach, nie będzie też możliwości poruszania nimi.
- należy nie przyjmować leków własnych, tylko ściśle te, które w odpowiednich dawkach zaleci lekarz oddziałowy
- należy zgłaszać wszelkie niepokojące objawy w miejscu operowanym(ból, wyciek)
- po zabiegu możecie mieć Państwo pozostawiony dren (tzw. redon) w ranie. Ma ona na celu odprowadzenie płynów, które w tej ranie się zwykle gromadzą. Nie należy samodzielnie usuwać redona i manipulować przy nim. Po jego usunięciu wskazane jest uruchomienie pacjenta.

- należy zastosować zmiany w diecie i stylu życia: 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, która była operowana, konieczne jest przemywanie rany lekiem antyseptycznym i zmiana opatrunku, chyba, że pacjent miał założony specjalny opatrunek na 14 dni, wówczas, o ile nie ulegnie on przekrwieniu, będzie on usunięty w dniu usunięcia szwów
- obserwacja organizmu- pod kątem bólu, zaczerwienienia rany, gorączki, cuchnącej wydzieliny z rany. W tych przypadkach należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem;
- szwy w przypadku rany w pachwinie usuwamy zwykle po 14 dniach od zabiegu, można to zrobić w gabinecie lekarza rodzinnego, lub w poradni przyklinicznej
- 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

Zabieg hybrydowy w **ostrym niedokrwieniu** kończyny ma na celu uchronienie pacjenta przed amputacją kończyny i uwolnienie go od silnego bólu niedokrwiennego, a także zapewnienie jak najdłuższej pierwotnej drożności „naprawianego naczynia”. W przypadku **przewlekłego niedokrwienia**, w zależności od wyjściowego nasilenia dolegliwości, oczekiwaną korzyścią z zabiegu hybrydowego jest ich złagodzenie, przeważnie wydłużenie dystansu marszu, który można pokonać bez bólu. W przypadku niedokrwienia zagrażającego utratą kończyny (niedokrwienie krytyczne) celem leczenia jest poprawa jakości życia, poprzez opanowanie spoczynkowego, nocnego bólu kończyny, umożliwienie snu, poruszania się, wygojenia owrzodzeń, uchronienie kończyny przed amputacją, a czasem tylko ograniczenie jej zakresu. Należy podkreślić, że zabieg hybrydowy nie leczy podstawowej przyczyny niedokrwienia kończyny, czyli miażdżycy, tylko usuwa/łagodzi jej skutki, dlatego efekt odległy zabiegu zależy od przestrzegania przez Pana/ Panią zmian stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zdrowa dieta, regularny wysiłek tlenowy i umiarkowane ćwiczenia oporowe), przyjmowania tabletek (leki obniżające stężenie cholesterolu, leki „rozrzedzające krew”, jak aspiryna, kłopidogrel, a także leki przeciwzakrzepowe, kontrola wyrównania cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, masy ciała, itd.), zgłaszania się na ambulatoryjne kontrole lekarskie. Nieprzyjmowanie leków przeciwzakrzepowych grozi „ostrą zakrzepicą w stencie”.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu wewnątrznaczyniowego jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże

☐ średnie

☐ niskie

Wyniki bezpośrednie zabiegu mogą być lepsze w przypadku zabiegu planowego, niż wykonywanego w trybie pilnym (ostrym), są one też lepsze u pacjentów z chromaniem przestankowym niż w przypadku niedokrwienia krytycznego.

5. RYZYKO ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM HYBRYDOWYM NA KOŃCZYNIE DOLNEJ

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 **powikłań zależnych od procedury** hybrydowej rewaskularyzacji kończyny jest umiarkowane (1-5% ryzyko zgonu i incydentu sercowo- naczyniowego), o ile nie wystąpią powikłania wymagające „otwarcia” jamy brzusznej”.

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

- rozejście się zespolenia naczyniowego, krwotok w miejscu wszycia łatki z powstaniem krwiaka; w przypadku nawrotu lub masywnego

- krwawienia potrzebna jest ponowna operacja w celu zatamowania krwawienia;
- zatory obwodowe, gdy skrzeplina blaszka miażdżycowa, przez którą przechodzi się podczas zabiegu oderwie się i z prądem krwi zostanie porwana do naczyń położonych niżej; powikłanie to będzie wymagało kolejnych procedur mających na celu ich usunięcie (embolektomia, trombektomia); te dodatkowe procedury mogą wydłużyć czas zabiegu i wiązać się z przedłużonym pobytem w szpitalu.
- udar mózgu lub zawał serca, zgon (rzadko)
- powikłania po podaniu środka kontrastowego, jak: ostre pokontrastowe uszkodzenie nerek oraz ciężka reakcja alergiczna na środek kontrastowy prowadząca do niewydolności wielonarządowej
- w skrajnych przypadkach – konieczności amputacji kończyny z powodu jej ostrego niedokrwienia
- niedrożność /zakrzepica w miejscu wszycia łatki/wszczepienia stentu)
- chłonnokot – wyciek surowiczego płynu z rany, czasem tworzenie zbiorników chłonki w miejscu operowanym;
- zakażenie miejsca operowanego z utrudnieniem gojenia się rany i jej rozejściem wymagające długotrwałej terapii, także hospitalizacji w celu założenia terapii podciśnieniowej;
- uszkodzenie nerwów skórnych, co może prowadzić do braku czucia poniżej miejsca operowanego lub
- uszkodzenie nerwów czuciowo- ruchowych, przeważnie nerwu udowego, prowadzące do niedowładu kończyny, czyli niemożności wykonywania zgięcia kończyny w stawie biodrowym i prostowania kolana, ważnych dla możliwości poruszania się; w większości przypadków zaburzenia te są przejściowe;
- zakrzepica żylna i zatorowość płucna w okresie pooperacyjnym
- 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 hybrydowym

- przejściowy ból lub dyskomfort w kończynie,
- łagodne reakcje alergiczne na środek kontrastowy (np. świąd, wysypka, nudności),
- nawrót zwężenia/ niedrożności naczynia krwionośnego w okresie po wypisaniu ze szpitala, tzw. restenoza, która może wystąpić w różnym czasie po zabiegu (przeważnie z różną częstością zależnie od poziomu naczyniowego, na którym zabieg został wykonany, stanu naczyń poniżej i powyżej miejsca leczonego i metody zabiegu; największe ryzyko restenozy istnieje w pierwszym roku po zabiegu; ryzyko to dotyczy około 80% pacjentów, którzy mieli zabieg na tętnicach biodrowych w ciągu 5 lat oraz i 20-30% pacjentów, którzy mieli wykonany zabieg na naczyniach poniżej pachwiny w ciągu roku; .

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

Śmiertelność: Możliwość powikłań:

Lekarz anestezjolog określi u Pana/ Pani **ryzyko związane ze znieczuleniem** definiowane w 5 stopniowej skali ASA.

6. SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU HYBRYDOWEGO

Jak wspomniano w pkt. 4, zabieg hybrydowy na kończynach dolnych ma na celu poprawić Pana/ Pani jakość życia, zwiększyć możliwości poruszania się, wygojenie ran, ustąpienie bólu, a także uniknięcie amputacji kończyny lub zmniejszenie jej zakresu. Odległe efekty zabiegu zależą od tego, czy był on wykonany z powodu ostrego, czy przewlekłego niedokrwienia, a w tym ostatnim przypadku, czy z powodu chromania przestankowego, czy też niedokrwienia z bólami spoczynkowymi i raną. Rokowanie odległe zależy też od tego, czy wystąpiły powikłania okołoperacyjne, np. zakażenie miejsca operowanego, oraz od tego, czy pacjent podporządkuje się zaleceniom lekarskim, czyli od wdrożenia regularnej aktywności fizycznej i prostych ćwiczeń oraz prawidłowej kontroli stanów prowadzących do rozwoju/ postępu miażdżycy, tzw. czynników ryzyka, tj. cukrzycy, stężenia cholesterolu, nadciśnienia tętniczego, palenia papierosów oraz nadwagi/otyłości. Najważniejszym odległym powikłaniem zabiegu hybrydowego jest, tzw. restenoza, czy nawrót zwężenia w miejscu implantowanego stentu lub wszytego pomostu/ łatki. Może ona wystąpić w różnym czasie po zabiegu (przeważnie z różną częstością zależnie od poziomu naczyniowego, na którym zabieg został wykonany, stanu naczyń poniżej i powyżej miejsca leczonego (napływ, odpływ), metody zabiegu, nasilenia zwapnień, itd. W przypadku stentu implantowanego do tętnicy biodrowej 5- letnie ryzyko restenozy nie jest wysokie, gdyż wynosi ok. 20%.

Inną przyczyną zwężenia/ niedrożności naczynia po zabiegu hybrydowym jest postęp miażdżycy. U pacjentów z chromaniem przestankowym ryzyko amputacji kończyny związane z tym procesem wynosi około 2%.W ciągu 5 lat do nasilenia objawów (skrócenia dystansu chromania) dochodzi u 10-20% chorych, a przejście w stan zagrożenia amputacją kończyny (niedokrwienie krytyczne) występuje u 5-20% chorych. W grupie chorych z najbardziej zaawansowanymi objawami, czyli z niedokrwieniem zagrażającym amputacją (niedokrwienie krytyczne),jednoroczne ryzyko amputacji wynosi 25-30%, a śmiertelność 25% w ciągu roku i 90% w ciągu 5 lat. Dlatego konieczna jest ścisła kontrola lekarska. Śmiertelność 30-dniowa związana z zabiegiem amputacji kończyny dolnej wynosi 4-20%, zależnie, czy jest wykonywana w trybie planowym, czy pilnym.

7. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

Rodzaj alternatywnych metod leczenia dobiera się w zależności od stanu pacjenta, możliwości znieczulenia, zaawansowania chorób współistniejących, w tym obecności zakażenia tkanek, zaawansowania niedokrwienia kończyny, poziomu potencjalnej rewaskularyzacji, itd. Najczęstszą alternatywą dla zabiegów wewnątrznaczyniowych jest klasyczny zabieg chirurgiczny, zabieg wewnątrznaczyniowy lub leczenia zachowawcze (farmakologiczne).

LECZENIE CHIRURGICZNE – to klasyczny zabieg w znieczuleniu ogólnym lub przez cewnik wprowadzony do kanału kręgosłupa. Zabieg polega na nacięciu skóry, wypreparowaniu chorobowo zmienionych naczyń krwionośnych i ich chirurgicznym udrożnieniu (miejscowym usunięciem blaszki miażdżycowej, tzw. endarterektomia) lub wszyciu pomostu, czyli rurki z własnej żyły lub materiału sztucznego ("bypassu"), omijającego zwężenie, a następnie zabezpieczeniem miejsca operowanego i zaszcyciem rany. Zabieg tego typu ma swoje ograniczenia. Przede wszystkim nie wszystkie naczynia krwionośne są położone tak, aby można było bezpieczną metodą wykonać operację „na otwarto”. Ponadto rana pooperacyjna stwarza większe ryzyko zakażenia, krwawienia z miejsca operowanego i zakrzepicy żył głębokich. Zabieg chirurgiczny wiąże się też z większym stresem okołoperacyjnym (nasilającym „spalanie” tkanek własnych chorego), czasem koniecznością otwarcia jamy brzusznej, ryzykiem uszkodzenia drobnych naczyń krążenia obocznego oraz nerwów (z czym wiąże się zaburzenia czucia, niedowłady kończyn). Nie zawsze stan naczyń pozwala na wykonanie operacji, np. z powodu małej średnicy, zwapnień, itd.

ZABIEG WEWNĄTRZNA CZYNIOWY- zabieg hybrydowy proponujemy pacjentom, u których zabieg wewnątrznaczyniowy nie jest postępowaniem optymalnym (zajęcie tętnicy udowej wspólnej, ulegającej w ciągu dnia wielokrotnym zgięciom) lub efekty poprzednich zabiegów były krótkotrwałe. Dlatego kierowaliśmy Pana/Panią na inny rodzaj zabiegu, by poprawić jego skuteczność. Czasem jest możliwość wykonania zabiegu wewnątrznaczyniowego w naczyniu dedykowanym zabiegom hybrydowym, czyli w tętnicy udowej wspólnej (aterektomia, litotrypsja, implantacja stentu SUPERA), ale wyniki odległe takich zabiegów nie są pewne.

LECZENIE ZACHOWAWCZE, czyli brak ingerencji chirurgicznej czy wewnątrznaczyniowej i zalecenie leczenia farmakologicznego. Niestety ta metoda nie zawsze jest w stanie zahamować postęp choroby, szczególnie w przypadku niedokrwienia ostrego i niedokrwienia krytycznego, gdy brak dopływu krwi do tkanek kończyny może prowadzić do bardzo poważnych powikłań, jak jej utrata (amputacja), zatrucie organizmu produktami rozpadu niedokrwionych tkanek, reakcja zapalna prowadząca do niewydolności wszystkich narządów w organizmie, a nawet zgonu chorego. Jak wspomniano, w przypadku niedokrwienia krytycznego z bólem spoczynkowym(nocnym) lub martwicą leczenie zachowawcze ma małe szanse powodzenia, w ciągu roku około 40% chorych utraci kończynę na różnym poziomie, a około 30% chorych będzie żyła z bólem różnego nasilenia. Około 25% pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyny umiera w ciągu roku.

8. SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA/ DIAGNOSTYKI:

Oświadczam, że zostałem/ -am poinformowany/a, że brak podjęcia leczenia zabiegowego i wybór leczenia zachowawczego farmakologicznego może, w zależności od stopnia nasilenia choroby przed zabiegiem, doprowadzić do skutków opisanych powyżej, a więc zgonu, poważnego uszczerbku na funkcjonowaniu wielu narządów w organizmie, utraty kończyny (amputacji), silnych, przewlekłych dolegliwości bólowych zaburzających sen i codzienne funkcjonowanie, powstawania martwicy tkanek i niegojących się owrzodzeń, sepsy i zgonu.

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 pieczęć lekarza	