

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

## FORMULARZ ZGODY

### I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

### II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Operacja zamknięcia przetoki tętniczo-żylniej i/lub usunięcia protezy.

### III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani nieodwracalne uszkodzenie dostępu naczyniowego które stanowi zagrożenie dla Pana/Pani zdrowia i życia. W związku z w/w zagrożeniami został Pan/Pani zakwalifikowany do zamknięcia przetoki i ewentualnego usunięcia przetoki.

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Operacja zamknięcia przetoki tętniczo-żylniej polega na przecięciu skóry nad przetoką. Zamknięciu światła przetoki. Jeżeli jest to konieczne odsłania się ramię odprowadzające przetoki i usuwa zakażone tkanki lub protezę. Operację kończy zeszywanie ran, założenie opatrunków. W ranie pozostawia się dren/sączek gumowy. Ostateczną decyzję o zamknięciu przetoki dokonują lekarz wykonujący zabieg. Możliwe jest odstąpienie od wykonania zabiegu już po wypreparowaniu naczyń jeżeli wystąpią nieprzewidziane wcześniej okoliczności. Operację można wykonać w znieczuleniu miejscowym, przewodowym lub ogólnym. Najczęściej używane znieczulenie miejscowe polega na nastrzyknięciu okolicy operowanej 0,1% roztworem lignocainy. Jeśli operację przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym, chory może opuścić szpital tego samego dnia. Jeśli operację wykonano w znieczuleniu przewodowym lub ogólnym, chory zwykle może opuścić szpital następnego dnia. Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej. Szwy zdejmuje się zwykle po 10 dniach.

### V Opis innych dostępnych metod leczenia

Zamknięcie dostępu naczyniowego jest u Pani/Pana zalecane po wyczerpaniu innych możliwości leczenia.

### VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Operacja zamknięcia przetoki może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych):

- siniaki w okolicy operowanej występują stosunkowo często i nie niosą ze sobą żadnych negatywnych skutków, należy je zaakceptować i leczyć żelami heparynowymi
- krwiaki i zbiorniki chłonki w ranie pooperacyjnej mogą prowadzić do uszkodzenia tkanek okolicznych, zwężenia światła żyły za przetoką, mogą być również miejscem rozwoju zakażenia
- pojawienie się objawów niedokrwienia ręki
- uszkodzenia sąsiednich struktur. Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

w operowanej okolicy, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych, urazach, napromienianiu tej okolicy

- uszkodzeniem nerwów czuciowych w obrębie przedramienia i ramienia. Jest powikłanie niegroźne, ale może być uciążliwe. Może prowadzić do przeczulicy lub niedoczulicy skóry w obrębie dalszej części przedramienia i ręki

- uszkodzenie nerwów ruchowych w okolicy ramienia jest rzadki lecz ciężkim powikłaniem mogącym skutkować przejściowym lub trwałym niedowładem kończyny operowanej

- krwawienia śród i pooperacyjnego, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi

- zaburzeń oddychania aż do niewydolności oddechowej wywołanej np. zatorowością płucną

- zakażenia rany pooperacyjnej. Może to prowadzić do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok w ranie pooperacyjnej. Może także być przyczyną krwotoków septycznych

- wyciek chłonki z rany pooperacyjnej. Może trwać długo, jest bardzo trudny do leczenia. Przedłuża gojenie się rany i opóźnia powrót do normalnej aktywności. Może sprzyjać zakażeniu rany pooperacyjnej.

- zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczki zakaźnej);

- uszkodzeniem skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;

- powstaniem dużych, szpecących i przeszkadzających blizn, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

## **VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....  
.....  
.....

## **VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Po zamknięciu przetoki co najmniej czasowo będzie Pan/Pani musiała polegać na innych metodach dializoterpii. Dostęp do dializoterpii można zapewnić poprzez wprowadzenie grubego cewnika do dużej żyły (szyjnej, udowej). Cewniki mogą ulec zakażeniu lub poprzez drażnienie ścian żył powodować zwężenia. Mogą powodować zakrzepicę żył głębokich. Wszystkie te zdarzenia mogą doprowadzić do nieskuteczności dializoterpii. Konieczności usunięcia cewnika. Dializoterapia może być również prowadzona poprzez dializę otrzewnową, nie jest to metoda odpowiednia dla każdego z przewlekłą chorobą nerek i nie jest wolna od powikłań.

## **IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia**

Rezygnacja z zamknięcia przetoki jest niebezpieczna dla Pana/Panią zdrowia i życia. Może w przebiegu powikłań zapalnych lub krwotocznych doprowadzić do śmierci.

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

**X Oświadczenie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez ..... o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....  
.....

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....  
.....  
.....

**Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.**

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

\* niepotrzebne skreślić