



KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII  
**CENTRUM INTERWENCYJNEGO LECZENIA UDARÓW MÓZGU**

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK  
Lekarz kierujący oddziałem: lek. med. Violetta Palacz-Duda  
Sekretariat - tel. 52 3655 565, fax: 52 3655 642, e-mail: neurologia@biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75

PR4\_F258\_w1

**Informacja dla PACJENTA/PACJENTKI oraz formularz ŚWIADOMEJ ZGODY**

**Na: zabieg angioplastyki tętnicy szyjnej**

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki: .....

PESEL: .....

Nr historii choroby: .....

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....

Zabieg, który planujemy wykonać u Pana/i jest badaniem inwazyjnym i wymaga podpisania przez Pana (Panią) świadomej zgody. Aby ułatwić podjęcie takiej decyzji przygotowaliśmy dla Państwa krótką informację o charakterze, znaczeniu, a także możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

**Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u Pana / Pani rozwarstwienie tętnicy szyjnej.**

Wynikiem tego jest upośledzenie napływu krwi do terytorium mózgu zaopatrywanego przez tę tętnicę oraz powstanie tętniaka. Efektem tego mogą być krwawienie z pękniętego tętniaka, przemijające objawy niedokrwienia lub w powstanie udaru niedokrwinnego mózgu i trwałego uszkodzenia mózgu.

**Co to jest angioplastyka ?**

Angioplastyka jest zabiegiem leczenia rozwarstwionej tętnicy. Dokonuje się tego przy pomocy specjalnego cewnika z balonem i stentu. Celem jest zabezpieczenie rozwarstwienia stentem i poprawienie przepływu w chorej tętnicy.

**Jak przebiega zabieg angioplastyki?**

Zabieg jest wykonywany w sali zabiegowej tzw. pracowni angiograficznej, w znieczuleniu miejscowym. Chory do badania układany jest na stole zabiegowym w pozycji na wznak, jest całkowicie rozebrany, przykryty prześcieradłem chirurgicznym. Miejsce nakłucia tętnicy jest dezynfekowane, a następnie miejscowo znieczulane. Po znieczuleniu zostaje nakłuta tętnica w pachwinie. Poprzez miejsce nakłucia wprowadzana jest cienka rurka ze sztucznego tworzywa tzw. koszulka naczyniowa. Następnie przez nią wprowadzane są do tętnic odpowiednie cewniki. Przez cewniki podawany jest do tych tętnic środek kontrastowy. Dzięki niemu w promieniach rentgena można ocenić stan naczyń, dokładną lokalizację i długość chorego odcinka tętnicy. W zależności od stwierdzonego obrazu podejmowane są decyzje dotyczące sposobu leczenia i przebiegu zabiegu.

### **Jak przygotować się do angioplastyki ?**

Przez 6 godzin przed zabiegiem nie może Pan/i spożywać posiłków ani pić. Jeśli zażywa Pan/i jakieś leki na stałe, można je przyjąć popijając niewielką ilością wody, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Na kilka godzin przed zabiegiem należy dokładnie umyć i ogolić okolice obu pachwin. Należy koniecznie poinformować lekarza o przyjmowaniu leków zmniejszających krzepliwość krwi (Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Aspiryna itp.), uczuleniach, wcześniejszych badaniach inwazyjnych układu krążenia, niewydolności nerek, cukrzycy, obecności tętniaka aorty. W poprzedzającym tygodniu celowo pacjent otrzymuje terapię zmniejszającą krzepliwość krwi, zapobiegającą tworzeniu skrzeplin na strukturze stentu – terapia ta jest prowadzona również przez pewien czas po zabiegu.

### **Jakie powikłania mogą wystąpić po angioplastyce?**

Lekarz nie może zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia ani całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

W czasie i po zabiegu istnieje możliwość powstania krwiaka, przetoki tętniczo-żylniej, tętniaka rzekomego lub zamknięcia naczynia w miejscu wprowadzenia koszulki do tętnicy. Zwykle wymaga to jedynie postępowania zachowawczego. W pewnych przypadkach konieczne jest jednak leczenie chirurgiczne. Ilość krwi, która wydostała się do tkanek czasami może być tak duża, że konieczne będzie przetoczenie krwi lub preparatów krwiozastępczych.

Bardzo poważne (zagrożające życiu) powikłania zdarzają się rzadko. Należą do nich: rozwarstwienie lub pęknięcie tętnicy z następczym krwotokiem, udar niedokrwienny mózgu, zawał serca, zatrzymanie akcji serca, wstrząs anafilaktyczny.

Podanie środka kontrastowego może wywołać objawy uczulenia, które zwykle mijają po podaniu leków, może być także powodem wystąpienia czasowych lub trwałych zaburzeń widzenia albo wystąpienia niewydolności nerek.

### **Rokowanie:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

*duże*

*średnie*

*ograniczone*

***Alternatywne metody leczenia: endarteriektomia chirurgiczna***

### **Wykorzystanie wyników badań w celach naukowych.**

Niektóre dane dotyczące zabiegu mogą być wykorzystane do opracowań naukowych (np. prac doktorskich, publikacji w czasopismach naukowych). Nie wiąże się to z ujawnieniem Pana/i danych osobowych. Może Pan/i jednak bez żadnych konsekwencji, nie zgodzić się na wykorzystanie tych danych.

**W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem: .....**

**(imię i nazwisko lekarza)**

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego badania/zabiegu

.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....

(zastrzeżenia)

oraz jego ewentualne zmiany, które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny

.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji

dla mojego zdrowia i życia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)