

Imię i nazwisko:

Pesel:

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG INWAZYJNY ANGIOPLASTYKI WIEŃCOWEJ (PTCA)

Zabieg inwazyjny, który Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego zabiegu.

Dlaczego proponujemy Państwu ten zabieg?

Na podstawie koronarografii wykonanej uprzednio, rozpoznano u Pana/Pani chorobę wieńcową spowodowaną zwężeniem jednej lub kilku tętnic wieńcowych (doprowadzających krew do serca). Przy tego typu zmianach, aby zlikwidować lub zmniejszyć ilość dolegliwości wieńcowych, można zaproponować przeszskórne poszerzenie zwężonych miejsc cewnikiem z balonikiem.

Opis zabiegu

W znieczuleniu miejscowym nakłuwa się tętnicę promieniową w okolicy nadgarstka lub tętnicę udową w pachwinie i wprowadza się cewnik prowadzący, który jest przesuwany pod prąd krwi aż do ujścia tętnicy wieńcowej (podobnie jak przy koronarografii). Po zakaniulowaniu ujścia tętnicy wieńcowej, wewnątrz cewnika prowadzącego przesuwany jest cienki metalowy prowadnik, który po odpowiednich manewrach przeprowadzany jest przez zwężone miejsce w tętnicy wieńcowej. Po tym metalowym prowadniku wsuwany jest cewnik z balonikiem, na którym może być osadzony stent metalowy lub bioabsorbowalny (rozpuszczalny). Balonik ustawiany jest w miejscu zwężenia i wypełniany rozcieńczonym środkiem cieniującym. Przez wypełnienie balonika pod odpowiednim ciśnieniem poszerzane jest miejsce zwężenia w tętnicy wieńcowej. Po usunięciu balonika rozprężony stent pozostaje w naczyniu wieńcowym. Cały zabieg przeprowadzany jest pod kontrolą promieni X (Roentgena), podobnie jak przy koronarografii.

Na początku angioplastyki podawane są leki zmniejszające na kilka godzin krzepliwość krwi (heparyna) oraz leki rozszerzające naczynia wieńcowe (nitrogliceryna). W trakcie wypełniania balonika tętnica wieńcowa jest zamykana na kilkanaście sekund co może spowodować powstanie bólu wieńcowego, który ustępuje po odessaniu kontrastu z balonika i usunięciu go z tętnicy wieńcowej. W trakcie PTCA kilkakrotnie wstrzykiwany jest kontrast do tętnicy wieńcowej pod kontrolą promieni X, żeby ocenić skutek zabiegu.

Alternatywne metody rewaskularyzacji wieńcowej

W pewnych sytuacjach należy rozważyć wykonanie zabiegu rewaskularyzacji wieńcowej metodą chirurgiczną (operacja wszczepienia by-passów). Każda z tych metod posiada swoje wady i zalety. Wyboru optymalnej metody leczenia dokonuje lekarz kardiolog wspólnie z pacjentem oraz, w niektórych sytuacjach, po konsultacji z lekarzem kardiochirurgiem.

Jak należy zachowywać się po zabiegu?

Po zabiegu angioplastyki wieńcowej pacjent powinien kontynuować zalecane leczenie oraz pozostawać pod opieką kardiologa. W ciągu kilku miesięcy po zabiegu istnieje możliwość nawrotu zwężenia tętnicy wieńcowej w miejscu poszerzenia. Zjawisko to zwane potocznie restenozą występuje u 25-30% chorych, pomimo pełnego efektu zabiegu angioplastyki i jest skutkiem wielu, trudnych do przewidzenia czynników. Zwykle dzieje się to w pierwszych sześciu miesiącach po PTCA. To zwężenie może być ponownie rozszerzone lub leczone operacyjnie. W związku z tym, po zabiegu powinien/powinna Pan/i szczególnie ściśle przestrzegać zaleceń dotyczących diety, trybu życia i leczenia farmakologicznego. W razie pojawienia się bólów w klatce piersiowej należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem kardiologiem. Wchodzi wówczas w grę możliwość powtórnej badania koronarograficznego i zabiegu angioplastyki.

Imię i nazwisko:

Pesel:

Angioplastyka wieńcowa jest stosunkowo bezpiecznym zabiegiem inwazyjnym, ale sporadycznie mogą wystąpić powikłania.

Do głównych powikłań należą:

1. Możliwe powikłania ogólne - nie przekraczające 0,5%:

- Zawał serca z powodu uszkodzenia tętnic wieńcowych, czasami aorty lub zatoru naczynia skrzeplinami, fragmentem blaszki miażdżycowej.
- Zamknięcie naczynia przez stent albo balon oraz zatkanie naczynia skrzeplinami i materiałem oderwanym z blaszki miażdżycowej
- Uszkodzenie naczynia, przedziurawienie jam serca, tamponada - krew w worku osierdziowym (wokół serca) uciskająca na serce.
- Przejściowe niedokrwienie lub udar mózgu z zaburzeniami mowy lub ruchu.
- Groźne zaburzenia rytmu serca i przewodnictwa.
- Ostra niewydolność krążenia (wstrząs, obrzęk płuc).
- Nasilenie niewydolności nerek.
- Reakcje uczuleniowe związane z kontrastem i podawanymi lekami.
- Reakcje odruchowe na nakłucie i odczuwany ból ze spadkiem ciśnienia i zwolnieniem czynności serca
- Zgon (ryzyko nie przekraczające 0,5%).
- Inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania występują u mniej niż 0,1% poddanych zabiegowi pacjentów.

2. Możliwe powikłania miejscowe - nie przekraczające 1-6%:

- Krwawienie z miejsca wkłucia lub krwiak czasem pozostawiający po sobie przebarwienie skóry lub bliznowate zgrubienie (z uwagi na konieczność stosowania leków zmniejszających krzepnięcie krwi ryzyko krwawienia z miejsca wkłucia, z innych miejsc, krwiaka i tętniaka rzekomego jest istotnie wyższe).
- W przypadku dostępu promieniowego istnieje możliwość zamknięcia tętnicy po zabiegu zdarza się również bolesny kurcz naczynia.
- Tętniak rzekomy (zbiornik płynnej krwi pozostający w połączeniu z tętnicą)
- Przetoka tętniczo-żylna czyli nieprawidłowe połączenie między tętnicą a żyłą.
- Krwawienie zaotrzewnowe, w przypadku dostępu przez tętnicę udowa.
- Zator naczynia z zawałem/uszkodzeniem narządu np. ręki, śledziony, nerki
- Inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania występują u mniej niż 0,1% poddanych zabiegowi pacjentów.

Imię i nazwisko:

Pesel:

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej procedury medycznej jest w Pani/Pana przypadku:

 duże średnie ograniczone**1. Oświadczenie:**

- Zapoznałem/am się ze szczególnym opisem zabiegu/badania medycznego/ sposobu leczenia, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku zabiegu medycznego/ leczenia, jak też konsekwencjami odmowy braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego (badanie/leczenie);
- Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź
- Zapoznałem/am się z możliwościami zastosowania alternatywnych metod diagnostyki/ leczenia;
- Zgadzam się/ nie zgadzam się* na ewentualne modyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/ sposobu leczenia w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu leczenia;
- Zgadzam się / nie zgadzam się* na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/ oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia;
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie zabiegu/badania medycznego;
- Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu/badania zastosowane leczenia – w każdej chwili.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych i medycznych (wyniki badań dotychczasowych jak i następnych) do:
 - medycznych baz danych pacjentów: szpitalnej, ogólnopolskiej i europejskiej.
 - badań oceniających: zastosowanych u mnie metod leczenia, jak również na publikowanie wyników tych badań (publikacje nie będą zawierały danych personalnych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości).

*niepotrzebne skreślić;

 wyrażam zgodę **odmawiam wyrażenia zgody**.....
/czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/opiekuna prawnego/

Lekarz przyjmujący oświadczenie:

Data:

/pieczęć i podpis lekarza/