

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

## ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE INWAZYJNE KORONAROGRAFII

Badanie inwazyjne, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego badania.

### Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Serce człowieka jest mięśniem, który kurczy się i rozkurcza aby pompować krew krążącą w organizmie. Dla swojej ogromnej pracy musi mieć zapewnioną stałą dostawę substancji odżywczych i tlenu do każdej komórki mięśnia serca, co zapewni mu układ naczyń wieńcowych. Nazwa jego wywodzi się stąd, że w kształcie wieńca oplata on całe serce.

Tętnice wieńcowe prawa i lewa odchodzą bezpośrednio od aorty tuż przed poziomem zastawek półksiężycowych, następnie dzielą się na coraz mniejsze gałęzie wnikające w mięsień serca. Wielkość niezbędnego dla prawidłowej funkcji serca przepływu krwi przez układ wieńcowy sięga niekiedy 20% całej ilości krwi przepompowanej przez serce. Zwężenia naczyń wieńcowych spowodowane w 96% miażdżycą są przyczyną CHOROBY WIENCOWEJ.

Miażdżycza polega na tym, że w następstwie niewłaściwego stylu życia i predyspozycji genetycznych odkładają się w ścianie tętnic złogi ciał tłuszczowych, krwinki, kolagen, wapń, itp. powodując wypuklanie się tego miejsca do światła tętnicy, hamując przepływ krwi.

Gdy zwężone tętnice nie mogą dostarczyć wystarczającej ilości tlenu do serca powoduje to ból i dolegliwości w klatce piersiowej. Ten właśnie ból i jego ekwiwalenty nazywamy bólem wieńcowym. Ból wieńcowy najczęściej pojawia się wtedy gdy serce potrzebuje więcej tlenu niż zwykle, np.: w czasie wysiłku fizycznego, lub napięcia emocjonalnego.

Stopniowo narastające zwężenie lub tworzący się na blaszce miażdżycowej zakrzep wewnątrznacyniowy coraz bardziej utrudnia przepływ doprowadzając w ostatecznym efekcie do całkowitego zamknięcia światła tętnicy i powstania zawału w miejscu umierającej z niedokrwienia tkanki.

KORONAROGRAFIA - jest obecnie jedyną metodą umożliwiającą dokładną ocenę anatomiczną tętnic wieńcowych. W większości przypadków wykonywana jest w celu:

1. Potwierdzenia lub wykluczenia zmian tt. wieńcowych lub by-pasach.
2. Ustalenia wskazań do leczenia inwazyjnego choroby niedokrwiennej serca oraz wybór optymalnego sposobu leczenia:

a) leczenie farmakologiczne,

b) leczenie operacyjne,

c) leczenie inwazyjne:

- balonowa plastyka naczyń wieńcowych,
- rotablacja,
- implantacja stentów naczyniowych,
- inne rzadziej stosowane metody.

### Opis badania

Badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym u pacjenta pozostającego na czczo. Po uprzednim ostryknięciu skóry środkiem znieczulającym na prawym lub lewym przedramieniu lekarz wykonuje niewielkie nacięcie przez które nakłuwa tętnicę promieniową. Rzadziej stosuje się dostęp przez tętnicę udową – wówczas miejscem nakłucia jest prawa lub lewa pachwina. Po rozszerzeniu miejsca nakłucia tętnicy i wprowadzeniu do niej specjalnej "koszulki" przez tętnicę wprowadzony zostaje cienki cewnik, którego zakończenie zostaje umieszczone w opuszcze aorty w ujściu naczynia wieńcowego. Wstrzyknięcie do naczynia wieńcowego środka „kontrastowego” pozwala zarejestrować rentgenowski obraz naczynia, ocenić obecność przewężień krążenia obocznego bądź innych anomalii.

Po zakończeniu badania na miejsce nakłucia założony zostaje na kilka godzin opatrunek uciskowy. Przez pierwsze godziny po badaniu pacjent pozostaje w pozycji leżącej, w tym czasie może normalnie spożywać posiłki. Najważniejszą korzyścią dla chorego wynikającą z badania jest możliwość wyboru optymalnej metody leczenia.

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

**Jak przygotować się do koronarografii?**

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. Należy koniecznie poinformować lekarza o przyjmowaniu leków zmniejszających krzepliwość krwi (Acenocumarol, Sintrom, Warfin, itp.), uczuleniach, wcześniejszych badaniach inwazyjnych układu krążenia, niewydolności nerek, cukrzycy, obecności tętniaka aorty.

**Alternatywne metody badania**

Tętnice wieńcowe mogą być także obrazowane za pomocą nieinwazyjnej wielorzędowej tomografii komputerowej (KT, CT, MSCT). Dostępne obecnie systemy obrazowania tomograficznego nie zawsze pokazują szczegółów naczyń wieńcowych z wystarczającą dokładnością, by na ich podstawie podjąć decyzję o dalszym leczeniu.

***Koronarografia jest stosunkowo bezpiecznym badaniem 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 naczyń skręplinami, fragmentem blaszki miażdżycowej.
- Uszkodzenie naczyń, 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 0,1-0,2%).
- 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
- W przypadku dostępu promieniowego istnieje możliwość zamknięcia tętnicy po zabiegu zdarza się również bolesny kurcz naczyń.
- 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 naczyń 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/