



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE WSZCZEPIENIA WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ PROTEZY DO AORTY BRZUSZNEJ (ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR, EVAR)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani tętniaka aorty brzusznej wymagającego leczenia operacyjnego. Tętniak to patologiczne poszerzenie tętnicy, które może występować w różnych częściach aorty, zlokalizowane jest najczęściej poniżej odejścia tętnic nerkowych. Tętniak aorty brzusznej i / lub tętnic biodrowych nie wywołuje charakterystycznych objawów. Może prowadzić do poważnych powikłań, w tym do pęknięcia aorty, zatorowości obwodowej, rozwarstwienia, co stanowi zagrożenie dla życia.

W zależności od charakteru i średnicy tętniaka zalecane jest leczenie zachowawcze – redukcja czynników ryzyka wzrostu tętniaka połączone z monitorowaniem jego średnicy lub leczenie operacyjne. Aktualnie dostępne sposoby operacyjnego leczenia tętniaka aorty brzusznej obejmują – operację klasyczną i leczenie wewnątrznacyniowe. Z uwagi na mniejsze ryzyko zgonu okołoperacyjnego, mniejszą inwazyjność, mimo większego odsetka powikłań odległych aktualne zalecenia towarzystw naukowych w dziedzinie chirurgii naczyniowej jako metodę pierwszego wyboru u większości chorych uznają zabieg wewnątrznacyniowy. Na podstawie przeprowadzonych badań prowadzący lekarz zakwalifikował Pana/Panią do operacyjnego leczenia tętniaka aorty brzusznej poprzez wszczepienie protezy wewnątrznacyniowej (endovascular aortic repair, EVAR).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Aortalna proteza wewnątrznacyniowa (stentgraft) to specjalny rodzaj protezy naczyniowej wytworzonej z materiału sztucznego połączony ze specjalnymi metalowymi stentami mocującymi ją do ściany aorty. Stentgraft jest indywidualnie wymiarowany i dobierany dla pacjenta. Stentgraft wprowadzany jest wewnątrznacyniowo do aorty w postaci złożonej w specjalnym systemie wprowadzającym i rozprężany w świetle naczynia. Zabieg wykonywany jest pod kontrolą radiologiczną (angiografii) i wykorzystaniem środków cieniujących podawanych do światła naczynia, rzadziej pod kontrolą ultrasonografii wewnątrznacyniowej. Przed operacją konieczne jest wykonanie badania obrazowego – angiografii tomografii komputerowej (rzadziej rezonansu magnetycznego), co umożliwia dobranie odpowiedniego stentgraftu. Operacja ma na celu wyłączenie tętniaka aorty brzusznej z krwioobiegu co zapobiega jego pęknięciu. Wskazaniami do operacji są tętniaki aorty, rozwarstwienia, penetrujące owrzodzenia aorty (PAU), krwiaki śródścienne oraz pęknięcia pourazowe. W zależności od anatomii tętniaka, rozległości patologii stosowane są stentgrafty proste lub rozwidlone (aortalno-biodrowe). Zabieg może być przeprowadzony **w znieczuleniu miejscowym, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym**. Dostęp do tętniaka uzyskuje się wewnątrznacyniowo – najczęściej przez tętnice udowe – przez odsłonięcie chirurgiczne lub przezskórne nakłucie.

Schematyczny przebieg zabiegu:

Wszczepienie aortalnej protezy wewnątrznacyniowej (stentgraft) wykonywane jest na sali operacyjnej spełniającej warunki aseptyki, wyposażonej w niezbędny sprzęt medyczny – przezierny stół operacyjny, aparat do znieczulenia, angiograf/ramię C i aparat ultrasonograficzny. Przed operacją wykonuje się badania dodatkowe a chory jest konsultowany przez anestezjologa. W przypadku współwystępujących chorób dodatkowych powinien być skonsultowany przez internistę, kardiologa lub nefrologa (w zależności od rodzaju dodatkowych chorób). Do operacji



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

zabezpieczany jest koncentrat krwinek czerwonych. Chory do przeprowadzenia operacji musi być na czczo – bez jedzenia 6 godzin przed zabiegiem, bez picia 2 godziny. Płynny doustny może przyjmować jedynie do popicia leków. Przed zabiegiem chory powinien mieć ostrzyżone obie pachwiny oraz cały brzuch (jeżeli w trakcie zabiegu zajdzie konieczność konwersji do zabiegu klasycznego i otwarcia jamy brzusznej (laparotomii). Przed zabiegiem będą założone dożylnie wkłucia obwodowe, a w razie potrzeby zespół anestezjologiczny zakłada również wkłucie tętnicze i/lub centralne, a do pęcherza moczowego wprowadza się cewnik Foleya.

W czasie zabiegu chory leży na stole operacyjnym na plecach, w razie dodatkowego dostępu z tętnicy ramiennej, konieczne odwiedzenie kończyny górnej pod kątem 90° i ułożenie jej na stoliku bocznym. Po podłączeniu urządzeń monitorujących, przygotowuje się pole operacyjne – jałowo myje się i okłada pole operacyjne w obu pachwinach i na brzuchu. Znieczulenie do operacji wszczepienia stentgraftu aorty brzusznej uzależnione jest od szeregu czynników – w szczególności budowy ciała chorego, współistniejących chorób, oczekiwanego czasu operacji. Stosowane jest znieczulenie ogólne, przewodowe lub miejscowe nasiękowe 1% lignokainą. Następnym etapem jest uzyskanie dostępu do tętnicy udowej – przez chirurgiczne wypreparowanie lub jeśli jest to możliwe – przezskórnie nakłucie. W przypadku operacyjnego dostępu wykonuje się cięcia chirurgiczne w pachwinie, wypreparowuje się tętnice udowe przygotowując miejsce do wprowadzenia specjalnych koszulek (śluz) naczyniowych i późniejszego zeszywania. W przypadku dostępu przezskórnego wykorzystywane jest obrazowanie ultrasonograficzne. Nakłuwa się tętnicę udową i wprowadza jej światła prowadniki, cewniki a następnie protezę wewnątrznacyniową (stentgraft). Pod kontrolą radiologiczną, po uwidocznieniu całego tętniaka, tętnic nerkowych, biodrowych, odpowiednio pozycjonuje się stentgraft i uwalnia protezę kotwicząc za pomocą stentów do ściany aorty. Następnie wprowadza się kolejne elementy protezy wewnątrznacyniowej do obu tętnic biodrowych i dopręża się łączenia balonem. Kolejnym etapem jest kontrolna arteriografia – badanie radiologiczne z podaniem środka cieniującego, za pomocą którego ocenia się skuteczność wyłączenia tętniaka aorty brzusznej z krwioobiegu, drożność tętnic nerkowych, biodrowych, obecność ewentualnych przecieków. Usuwane są narzędzia wewnątrznacyniowe, miejsce nakłucia tętnicy zamykane jest szwami naczyniowymi (w przypadku otwartego wypreparowania) lub specjalnymi zamykaczami (w przypadku dostępu przezskórnego). Po uzyskaniu hemostazy (braku krwawienia) zamykana jest rana, zakładane są jałowe opatrunki. Zabieg wszczepienia protezy wewnątrznacyniowej do tętniaka aorty brzusznej czasami wymaga dodatkowych procedur m.in. wydłużenia odnogi stentgraftu kolejnymi elementami, embolizacji tętnicy biodrowej wewnętrznej, dodatkowego dostępu od tętnicy ramiennej/promieniowej, założenia stentu do tętnicy nerkowej. W czasie wszczepienia stentgraftu aortalnego ogranicza się stosowanie promieniowania rentgenowskiego wg. schematu ALARA (as low radiation as reasonably achievable).

Stosowane znieczulenie:

Znieczulenie do operacji wszczepienia stentgraftu aorty brzusznej uzależnione jest od szeregu czynników – w szczególności budowy ciała chorego, współistniejących chorób, oczekiwanego czasu operacji. Stosowane jest znieczulenie ogólne, przewodowe lub miejscowe nasiękowe 1% lignokainą. Przed operacją anestezjolog kwalifikuje chorego do określonego rodzaju znieczulenia i omawia z chorym postępowanie okołoperacyjne.

Znieczulenie miejscowe z wykorzystaniem środka miejscowo znieczulającego (najczęściej lidokainą). Środki miejscowo znieczulające (np. lidokaina) działają poprzez blokowanie generowania i przewodzenia impulsów nerwowych, co uniemożliwia odczuwanie bólu w miejscu podania. Środki te nie znoszą odczuwania dotyku!

Możliwe działania niepożądane podawania środków miejscowo znieczulających obejmują m.in.

- Reakcje alergiczne: u niektórych pacjentów może wystąpić uczulenie na lidokainę, objawiające się wysypką, swędzeniem, obrzękiem lub dusznością. W skrajnych sytuacjach możliwe są intensywne odczyny uczuleniowe, utrata przytomności, wstrząs anafilaktyczny, zatrzymanie krążenia a nawet zgon.
- Działania niepożądane związane z przedawkowaniem, podaniem środka miejscowo znieczulającego donaczyniowo: parestezje ust, języka oraz dłoni, metaliczny smak, senność, zawroty głowy, dzwonienie w uszach, niewyraźna mowa, drżenia mięśniowe, oczopląs, zaburzenia widzenia, drgawki uogólnione, śpiączka
- Powikłania miejscowe: w miejscu podania lidokainy może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk, krwiak lub ból, zwykle są to łagodne objawy, które ustępują samoistnie. W związku z iniekcją możliwe jest miejscowe krwawienie, krwiak, zakażenie.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Znieczulenie przewodowe dołędźwiowe - zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego do różnych przestrzeni kanału kręgowego i czasowym zniesieniu odczuwania bólu, dotyku, temperatury a także ruchów kończyn dolnych. Czas trwania takiego znieczulenia wynosi ok. 2-4 godziny, który w przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego można przedłużyć umieszczając cewnik w kanale kręgowym w celu podawania kolejnych dawek lub wlewu ciągłego leku znieczulającego (nie jest to jednak rutynowo wykorzystywane w czasie operacji wewnątrznaczyniowej tętniaka aorty brzusznej).

Znieczulenie dołędźwiowe, jak każda metoda znieczulenia, obarczone jest określonym ryzykiem i możliwością wystąpienia objawów niepożądanych. Powikłaniami znieczulenia przewodowego dołędźwiowego mogą być m.in. spadek ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca, nudności, wymioty i bardzo rzadko obserwowane całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe, bóle głowy, nudności i wymioty, trudności z oddawaniem moczu, bóle w okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów: zaburzenia czucia, mrowienie, osłabienie kończyn, reakcje alergiczne, zakażenia w miejscu wkłucia lub układu nerwowego, krwiak kanału kręgowego wymagający interwencji neurochirurgicznej, trwałe uszkodzenia nerwów, porażenie kończyn dolnych, zatrzymanie krążenia, zgon.

Znieczulenie ogólne to kontrolowane i odwracalne zniesienie przytomności, odczuwania bólu i napięcia mięśniowego podczas zbiegu operacyjnego. Podczas znieczulenia ogólnego konieczne jest zastosowanie maski krtaniowej lub rurki intubacyjnej, które są wykorzystane do prowadzenia wentylacji mechanicznej. W czasie znieczulenia ogólnego stosowane są leki dożylnie i wziewnie, dokładnie monitorowane są parametry życiowe chorego, wydolność wymiany gazowej. Jak każda procedura medyczna znieczulenie ogólne niesie ryzyko powikłań m.in. sennosc, nudności, wymioty, trudność w oddychaniu, zachłyśnięcie treścią żołądkową, chrypka, kaszel, uszkodzenie strun głosowych, zębów, warg, języka, śluzówki jamy ustnej, tchawicy, rogówki oka, śródoperacyjnego wybudzenia, przedłużonego budzenia pooperacyjnego, zaburzeń hemodynamiki – nadmiernemu obniżeniu lub wzrostowi ciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń rytmu serca, niedokrwienia serca łącznie z zawałem serca i zgonem, niedokrwienia mózgu, zaburzenia temperatury ciała, zaburzeń metabolicznych, reakcji uczuleniowych (w tym gorączka złośliwa).

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów należy niezwłocznie poinformować o tym lekarza.

Ważne jest, aby poinformować lekarza o wszelkich przebytych chorobach, uczuleniach, dolegliwościach i reakcjach niepożądanych na leki (zwłaszcza miejscowo znieczulających) oraz dokładne przestrzeganie zaleceń przedoperacyjnych w czasie przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej.

Konieczność zmiany/rozszerzenia zakresu zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania:

Podczas zbiegu, mogą zostać stwierdzone u Pana/Pani inne choroby, patologie naczyniowe, powikłania, które mogą do podjęcia decyzji przez operatora o poszerzeniu lub zmianie zakresu zabiegu, jeżeli będzie ona miała wymierne korzyści dla Pana/Pani, w skrajnych sytuacjach zabiegi te będą wykonywane w celu ratowania Pana/Pani zdrowia i życia.

Zalecenia okołozabiegowe:

- co najmniej 6 godzinna obserwacja w sali wybudzeniowej, pooperacyjnej lub OIOM z monitorowaniem chorego
- leczenie przeciwrzepliwie w dawce profilaktycznej (heparyna drobnocząsteczkowa)
- leki przeciwpłytkowe
- monitorowanie diurezy, ewentualna kontrola stężenia kreatyniny w surowicy krwi
- w przypadku hipotensji, istotnej śródoperacyjnej utraty krwi (>200 ml) wskazane oznaczenie kontrolnej morfologii
- kontrola miejsc dostępu naczyniowego, ukrwienia kończyn dolnych
- badanie brzucha, objawów otrzewnowych, potencjalnego niedokrwienia trzewi, krwawienia do przestrzeni zaotrzewnowej, w razie wątpliwości przyłózkowe badanie USG brzucha lub angiografia tomografii komputerowej

Oczekiwane korzyści obejmują:

Skuteczne wyłączenie tętniaka aorty brzusznej przez wszczepienie protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraft) znacząco redukuje ryzyko pęknięcia tętniaka, krwotoku i zgonu chorego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże

☐ średnie

☐ ograniczone



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wszczepieniu protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraftu) konieczna jest zmiana opatrunku. Po zdjęciu jałowego opatrunku, ranę należy przemyć środkiem dezynfekującym, następnie nałożyć nowy jałowy opatrunek. Szwy zdejmuje się zwykle po 7 dniach.

Miejsce operacji naczyniowej (nacięcia skóry, kanał podskórny do przeprowadzenia cewnika) może być bolesne przez kilka dni po zabiegu, nie powinno występować po tygodniu. Niepokojące objawy wymagające kontaktu z lekarzem:

- Nasilenie obrzęku/bólu/krwawienie w okolicy miejsca operowanego, wyciek czerwonej, żółtej lub zielonej treści z miejsca nakłucia
- Masywny obrzęk kończyny
- Ból w klatce piersiowej, duszność/brak oddechu
- Znaczące osłabienie, omdlenia
- Odkrztuszanie krwi lub inną wydzielinę
- Temperatura > 38°C

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Niektóre tętniaki aorty brzusznej nie wymagają leczenia operacyjnego – jedynie leczenia zachowawczego, redukującego ryzyko jego pęknięcia. Dotyczy to tętniaków o małej średnicy. Leczenie zachowawcze obejmuje redukcję ciśnienia tętniczego krwi, zakaz palenia papierosów oraz modyfikację trybu życia. Alternatywą w przypadku osób wymagających leczenia zabiegowego jest operacja techniką klasyczną przez laparotomię (otwarcie jamy brzusznej) polegającą na rozcięciu tętniaka i rekonstrukcji tętnicy protezą naczyniową. Operacja klasyczna związana jest ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoperacyjnych i zgonu, niemniej charakteryzuje się mniejszym ryzykiem powikłań późnych. Operację klasyczną wybiera się w przypadku anatomii tętniaka uniemożliwiającej wszczepienie stentgraftu oraz u osób młodych (< 60 roku życia) bez wywiadu chorób ogólnoustrojowych, w istotny sposób zwiększających ryzyko okołoperacyjne. Operację klasyczną proponuje się również w przypadku pęknięcia tętniaka i konieczności wykonania operacji w trybie nagłym ze wskazań życiowych, przy braku odpowiedniego stentgraftu lub sali operacyjnej.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Powikłania związane z wszczepieniem protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraftu) do worka tętniaka aorty brzusznej mogą wystąpić pomimo zachowania wszelkiej dbałości przez operatora. Proponowana procedura operacyjna będzie wykonywana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przy zachowaniu należytej staranności, zgodnie z opracowaną procedurą szpitalną, w ramach bloku operacyjnego z dostępnym aparatem USG, aparatem rentgenowskim z ramieniem C (do oceny radiologicznej) i aparatem do znieczulenia.

Możliwe powikłania obejmują:

powikłania wczesne:

1. uszkodzenie sąsiednich narządów (np. żył, nerwów, naczyń chłonnych), ryzyko wystąpienia tych powikłań wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych oraz u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych, urazach i napromienianiu okolicy jamy brzusznej



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

2. zaburzenia krzepnięcia krwi i krwawienia, przy których istnieje konieczność przetoczenia preparatów krwio pochodnych
3. zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna
4. zaburzenia oddychania aż do niewydolności oddechowej łącznie
5. niewydolność układu krążenia, zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca, zawał serca
6. niewydolność nerek
7. niedokrwienne uszkodzenie jelita powodujące przewlekłe biegunki, najczęściej ustępujące w ciągu kilkunastu dni po operacji
8. niedokrwienne uszkodzenie jelita wymagającego resekcji odcinkowej jelita i w niektórych przypadkach wyłonienia stomii (sztucznego odbytu)
9. niewydolność wielonarządowa
10. niedokrwienie kończyny dolnej (przyczyną może być zakrzep, zator lub rozwarstwienie tętnic) - jeśli stwierdza się takie powikłanie chory powinien być ponownie operowany
11. zespół ciasnoty przedziałów powięziowych (jeśli stwierdza się to powikłanie chory wymaga pilnej fasciotomii (podłużnego przecięcia skóry i powięzi kończyny dolnej – zabieg ten ma na celu poprawę ukrwienia kończyny poprzez obniżenie ciśnienia w przedziałach powięziowych)
12. paraplegia – porażenie / niedowład kończyn dolnych
13. zakażenie rany pooperacyjnej (może to prowadzić do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok w ranie pooperacyjnej, może także być przyczyną krwotoków septycznych)
14. 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)
15. reakcja alergiczna na kontrast do wstrząsu anafilaktycznego łącznie
16. zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub innymi wirusami
17. uszkodzeniem skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny
18. szpecące i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia
19. zgon (do 2% operowanych chorych)

powikłania późne:

20. zakrzepica stentgrfatu
21. zakażenie stentgrfatu
22. tętniak rzekomy okolicy pachwinowej
23. rozszczelnienie stentgraftu, które jest przyczyną powstania tzw. przecieków wewnętrznych – niektóre ich typy wymagają leczenia operacyjnego, najczęściej techniką wewnątrznacyniową i tylko w wyjątkowych sytuacjach operacji klasycznej tętniaka

Większość z wyżej wymienionych powikłań może wymagać kolejnych interwencji, operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Część powikłań może wymagać przetoczenia preparatów krwio pochodnych.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali POSSUM

Ryzyko powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

W związku z planowanym leczeniem operacyjnym przewiduje się hospitalizację w Oddziale przez okres od 2 do 5 dni. Operację rutynowo przeprowadza się w następnej dobie po przyjęciu do Kliniki. W pierwszej dobie pooperacyjnej zostanie włączone żywienie drogą doustną oraz zostaną usunięte dreny i cewnik z pęcherza moczowego. Przy prawidłowej funkcji nerek opuszczenie szpitala możliwy jest w drugiej dobie pooperacyjnej. Kontrola ran i ewentualnie zdjęcie szwów skórnych zostaną przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych. W późnym okresie pooperacyjnym



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

wskazana jest okresowa kontrola w Poradni Chirurgii Naczyniowej i wykonywanie kontrolnych badań angiograficznych metodą tomografii komputerowej jamy brzusznej (przy braku przeciwwskazań ogólnych), ewentualnie ultrasonografii dopplerowskiej jamy brzusznej, po 1 miesiącu od czasu operacji. Następne badania zazwyczaj wykonywane są po 3, 6, 12 miesiącach. Brak odpowiedniej kontroli zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań odległych.

Miejsce dostępu naczyniowego (nakłucia/nacięcia skóry) może być bolesne przez kilka dni po zabiegu, nie powinno występować po tygodniu.

Niepokojące objawy wymagające kontaktu z lekarzem:

- nasilenie obrzęku/bólu/krwawienie w okolicy miejsca nakłucia, wyciek czerwonej, żółtej lub zielonej treści z miejsca nakłucia,
- oziębienie/ból/zaburzenia ruchu/czucia kończyny,
- masywny obrzęk kończyny,
- ból w klatce piersiowej, duszność/brak oddechu,
- ból brzucha/pleców,
- znaczące osłabienie, omdlenia,
- odkrztuszanie krwią lub inną wydzieliną,
- temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$.

W razie wystąpienia niepokojących objawów, takich jak ochłodzenie, zblednięcie, nagły silny ból lub zaostrzenie bólu przewlekłego kończyn dolnych, wystąpienie silnych bólów brzucha, gorączki, objawów zakażenia rany pooperacyjnej, należy skontaktować się z lekarzem.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Powiększanie się średnicy tętniaka i jego pęknięcie, co jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

**IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji
WSZCZEPIENIA WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ PROTEZY DO AORTY BRZUSZNEJ
(ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR, EVAR)**

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji wszczepienia wewnątrznaczyiniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR).**

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji wszczepienia wewnątrznaczyniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR).

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji wszczepienia wewnątrznaczyniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie wszczepienia wewnątrznaczyniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji wszczepienia wewnątrznaczyniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR)** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji wszczepienia wewnątrznaczyniowej protezy do aorty brzusznej (Endovascular Aortic Repair, EVAR).**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza