



STAN BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA

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
INWAZYJNE LECZENIE ZAWAŁU SERCA**

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta i opis proponowanego zabiegu

Na podstawie wywiadu zebranego od Pani/Pana, zapisu EKG i / lub badań laboratoryjnych, można postawić podejrzenie ostrego niedokrwienia serca. Przyczyną jest nagłe ograniczenie przepływu krwi w tętnicy odżywiającej serce. Jest to stan **ZAGROŻENIA ŻYCIA**, co wymusza szybkie i skuteczne działanie medyczne celem jak najszybszego przywrócenia prawidłowego przepływu krwi w tętnicach wieńcowych poprzez odetkanie naczynia lub zlikwidowanie zwężenia.

Najskuteczniejszą metodą leczenia jest angioplastyka wieńcowa (tzw. „balonikowanie”), czyli usunięcie przeszkody dla przepływu krwi w tętnicy wieńcowej. Po nakłuciu tętnicy w pachwinie lub w nadgarstku w znieczuleniu miejscowym wykonuje się koronarografię, która uwidoczni stan tętnic wieńcowych. Następnie wprowadza się do ciasno przewężonej/ zamkniętej tętnicy wieńcowej specjalny cewnik zakończony balonikiem angioplastycznym. Zabieg taki najczęściej kończy się implantacją stentu w tętnicy odpowiedzialnej za niedokrwienie/zawał serca.

Zabieg trwa około 30 – 90 minut. Skuteczność tej metody leczenia jest bardzo wysoka – u ponad 90% pacjentów udaje się przywrócić prawidłowy przepływ krwi, co powoduje szybkie ustąpienie dolegliwości i znacznie zmniejsza uszkodzenie serca.

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

Proponowany zabieg może niekiedy – jak każda procedura inwazyjna – spowodować różne powikłania – odczyny uczuleniowe, zaburzenia czynności nerek, powikłania naczyniowe wymagające przetoczenia krwi, udar mózgu, a nawet zgon. Zdarza się to jednak bardzo rzadko, a korzyści z wykonania zabiegu znacznie przewyższają ryzyko z nim związane. Częstość powikłań bezpośrednich związanych z procedurą nie przekracza 5 %, natomiast powikłań odległych oscyluje ok 10 %.

III. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z wykonania zabiegu koronarografii i angioplastyki wieńcowej możliwości terapeutyczne skupiają się na leczeniu farmakologicznym, które nie jest tak skuteczne w zapobieganiu nawrotom dolegliwości, powikłaniom zawału, w tym rozwojowi niewydolności serca i zwiększa zagrożeniem zgonu z powodu zawału serca.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IV. Oświadczenia Pacjenta

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej angioplastyki wieńcowej

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 angioplastyki wieńcowej

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 angioplastyki wieńcowej. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

V. Podpis lekarza

data

pieczętka i podpis lekarza