



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 CIĄGŁE LECZENIE NERKOZASTĘPCZE (CRRT)

I. Opis choroby będącej powodem wykonywania zabiegu

Ciągłe leczenie nerkozastępcze (CRRT) jest procedurą stosowaną w oddziałach intensywnej terapii (OIT) i niekiedy również w oddziałach intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK) u pacjentów z ostrym uszkodzeniem nerek (AKI) oraz w innych stanach klinicznych, które wymagają precyzyjnego usuwania nadmiaru płynów, elektrolitów i toksyn z organizmu, a jednocześnie własne nerki pacjenta nie są w stanie zapewnić właściwego oczyszczania organizmu. CRRT jest szczególnie korzystne dla pacjentów niestabilnych krążeniowo, czyli z niskim ciśnieniem krwi lub zagrożonych spadkami ciśnienia krwi, ponieważ jest lepiej tolerowane hemodynamicznie (lepiej znoszone przez układ krążenia) niż przerywana hemodializa. Umożliwia bardziej kontrolowane zarządzanie płynami i efektywniejsze usuwanie substancji rozpuszczonych, co jest szczególnie korzystne u pacjentów z wysokim tempem katabolizmu lub z obrzękiem mózgu (bądź poważnie zagrożonych obrzękiem mózgu, np. w przebiegu poważnych urazów czaszkowo-mózgowych, udarów mózgu i krwawień śródczaszkowych o ciężkim przebiegu).

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

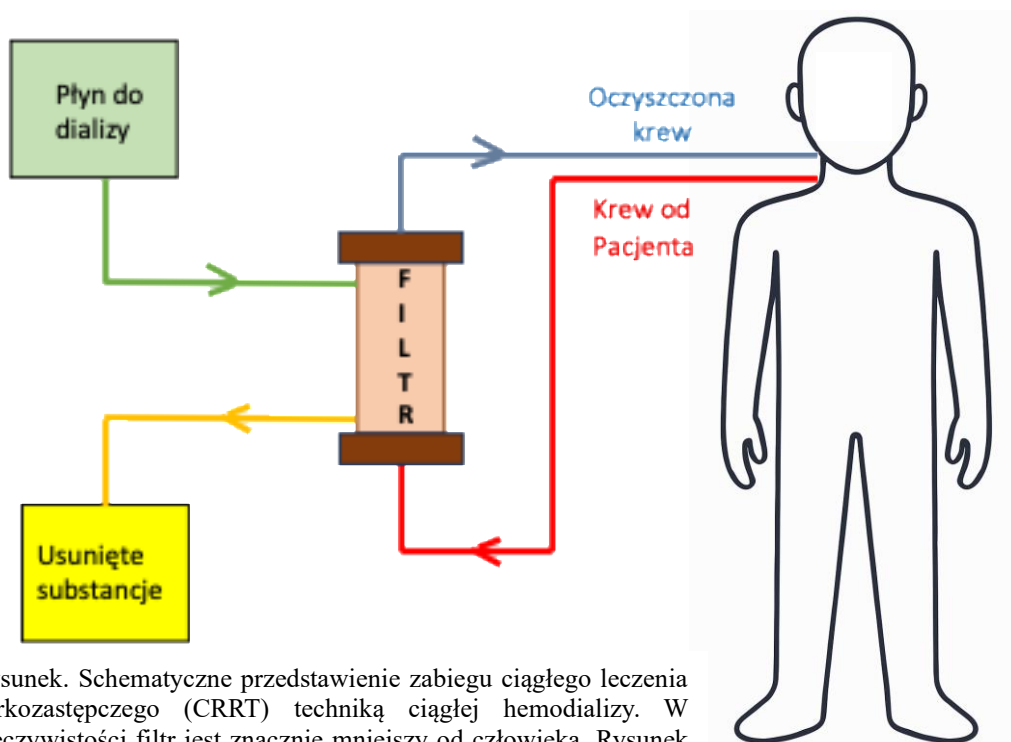
CRRT polega na pozaustrojowym oczyszczaniu krwi pacjenta (techniką ciągłej hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji). Krew jest pobierana z żyły pacjenta przez specjalny cewnik naczyniowy o dużej średnicy, najczęściej umieszczony w żyłę szyjną wewnętrzną lub żyłę udową (zabieg wprowadzania tego cewnika – cewnikowanie żył centralnych – jest przedmiotem odrębnej zgody). Następnie krew przepływa przez układ pozaustrojowy zawierający filtr, gdzie usuwane są z niej nadmiar płynów, elektrolity i toksyny. Po oczyszczeniu krew wraca do organizmu pacjenta. Przepływ krwi, płynu służącego do dializ i roztworu usuwanych z krwi substancji jest wymuszany przez pompy wchodzące w skład aparatu do CRRT. Parametry terapii są indywidualnie dostosowywane do potrzeb i stanu klinicznego pacjenta. W trakcie CRRT personel medyczny stale monitoruje funkcje życiowe pacjenta oraz parametry pracy aparatu.

Podczas CRRT zwykle stosowane jest postępowanie zapobiegające krzepnięciu krwi w układzie pozaustrojowym (filtry i obwodzie założonym na aparat do CRRT). W tym celu pacjent może mieć podawaną dożylnie heparynę (lub inny lek hamujący krzepnięcie krwi). Obecnie najczęściej stosuje się jednak związaną z mniejszym ryzykiem krwawień metodę regionalnej antykoagulacji cytrynianowej – do krwi pobieranej z żyły pacjenta przez aparat do CRRT dodawany jest cytrynian sodu, który wiąże jony wapnia niezbędne do krzepnięcia krwi i w ten sposób hamuje krzepnięcie krwi. Aby nie dochodziło do zahamowania krzepnięcia krwi w organizmie Pacjentki/Pacjenta podaje się roztwór wapnia, który neutralizuje cytrynian, do obwodu pozaustrojowego (tuż przed oddaniem krwi do organizmu) albo do żyły Pacjentki/Pacjenta.

Poszczególne zabiegi (sesje) CRRT kontynuowane są zwykle do 72 godzin. Pomiędzy zabiegami przerwy mogą być krótsze albo dłuższe, w zależności od stanu pacjenta. Przerwy te służą często sprawdzeniu czy powróciła zdolność nerek do właściwego funkcjonowania (produkcji moczu i skutecznego wydalania szkodliwych substancji) oraz zdolność do odpowiedzi na leki moczopędne.

Zabieg CRRT nie wymaga znieczulenia. Pacjentka/{acjent przebywa w łóżku, w pozycji leżącej, albo półsiedzącej, Dyskomfort mogą sprawiać ograniczenie ruchomości (poruszania się) w związku z podłączeniem do aparatu oraz alarmy aparatu (dźwięki wydawane przez aparat); niekiedy ruchy Pacjentki/Pacjenta wywołują te alarmy. Wielu osób leczonych

z użyciem CRRT jest w bardzo ciężkim stanie i wymaga stosowania sedacji (leków uspokajających i nasennych) oraz przeciwbólowych z powodu swojego stanu zdrowia, a nie samego CRRT; często są to osoby zaintubowane i wentylowane mechanicznie (leczone z użyciem respiratora).



Rysunek. Schematyczne przedstawienie zabiegu ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT) techniką ciągłej hemodializy. W rzeczywistości filtr jest znacznie mniejszy od człowieka. Rysunek poglądowy utworzony przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji (AI). Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

Oczekiwane korzyści z ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT) obejmują:

- precyzyjne usuwanie nadmiaru płynów, elektrolitów i toksyn z organizmu,
- poprawę stabilności hemodynamicznej i wydolności układu krążenia w porównaniu do innych metod dializacyjnych,
- wspomaganie leczenia ostrej niewydolności nerek (AKI) i innych krytycznych stanów,
- umożliwienie kontrolowanego zarządzania płynami i efektywniejszego usuwania substancji rozpuszczonych
- danie szansy na regenerację funkcji nerek i innych narządów,
- podsumowując: CRRT umożliwia lub zwiększa szanse na uratowanie życia.

III. Postępowanie i zalecenia pozabiegowe

Okres po zakończeniu terapii CRRT jest bardzo ważny i duże znaczenie ma współpraca pacjenta z personelem medycznym oraz współuczestniczenie w rehabilitacji, jeśli jest ona wskazana. Personel medyczny będzie dbał o komfort pacjenta i stosował konieczne leczenie. CRRT prowadzi się zwykle w sesjach trwających około 3 dni, w przerwach między sesjami sprawdza się czy można zakończyć stosowanie CRRT albo konieczne jest wznowienie CRRT. Jeśli stosowanie CRRT nie jest konieczne i ryzyko jego wznowienia jest małe, usuwa się cewnik naczyniowy służący do CRRT.



IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W części przypadków niewydolności nerek, zanim rozważy się CRRT, można zastosować inne metody terapii nerkozastępczej, takie jak przerywana hemodializa (IHD). Decyzja o zastosowaniu CRRT jest podejmowana, gdy inne metody są niewystarczające lub gdy stan pacjenta jest zbyt ciężki i/lub charakteryzuje się niestabilnością hemodynamiczną (poważną niewydolnością krążenia), co sprawia, że CRRT jest preferowanym wyborem.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Chociaż CRRT jest procedurą ratującą życie, niesie ze sobą ryzyko powikłań. Ich częstość jest zróżnicowana i zależy od wielu czynników, w tym od Państwa stanu zdrowia i czasu trwania terapii.

1. Powikłania związane z dostępem naczyniowym

- 1) **Zakażenia związane z cewnikiem:** Stanowią jedno z najczęstszych i najpoważniejszych powikłań, występujące z częstością ok. od 1 do 5,5 epizodów na 1000 dni cewnika w ogólnej populacji pacjentów dializowanych. U pacjentów leczonych z użyciem CRRT w OIT w jednym badaniu raportowana częstość wynosiła 3,9 na 1000 dni cewnika, a w innym badaniu ogólna częstość zakażeń związanych z cewnikiem centralnym w OIT sięgała 9,2%. Ryzyko wzrasta wraz z długością utrzymywania cewnika i obniżoną odpornością oraz zależy od umiejscowienia cewnika (wyższe ryzyko w przypadku cewnika wprowadzonego przez żyłę udową). Zakażenia związane z cewnikiem mogą prowadzić do sepsy, rozsiewu infekcji do innych narządów, znacznego wydłużenia czasu hospitalizacji oraz zwiększonej śmiertelności.
- 2) **Dysfunkcja (upośledzenie działania) cewnika:** Jest częstym problemem w trakcie terapii CRRT, objawiającym się niedrożnością, słabym przepływem krwi lub zakrzepicą wewnątrznaczyniową. W jednym z badań dysfunkcja cewnika wystąpiła w 23,5% sesji CRRT. Przyczyny to nieprawidłowe umiejscowienie cewnika (np. zbyt krótki cewnik udowy, który nie sięga do żyły głównej dolnej), zagięcia cewnika (tzw. kinking) lub ucisk na jego światło. Skutkuje niedostateczną dawką dializy i koniecznością wymiany cewnika.
- 3) **Powikłania mechaniczne podczas zakładania cewnika:** Są rzadkie, ale mogą mieć bardzo poważne, a nawet śmiertelne konsekwencje. Szczegółowe informacje przedstawiono w formularzu zgody na cewnikowanie żył centralnych.

2. Zaburzenia krzepnięcia i krwawienia

- 1) **Krwawienia:** Stanowią jedno z najpoważniejszych powikłań terapii CRRT, jeżeli stosuje się heparynę lub inny lek przeciwzakrzepowy ogólnoustrojowo (dożylnie), występując u 5-30% pacjentów. Ryzyko to jest szczególnie wysokie u pacjentów z istniejącymi zaburzeniami krzepnięcia (koagulopatią), małopłytkowością lub u tych, którzy niedawno przeszli zabiegi chirurgiczne. Krwawienia mogą mieć różny stopień nasilenia – od łagodnych, takich jak sączenie z miejsca wkłucia cewnika, po zagrażające życiu, w tym krwawienia do przewodu pokarmowego lub krwotoki śródmózgowe. Regionalna antykoagulacja cytrynianowa (RCA) jest często preferowana w porównaniu do heparyny dożylnie ze względu na niższe ryzyko krwawień i w większości przypadków stosujemy tę metodę zapobieganie zakrzepicy układu CRRT.
- 2) **Zakrzepica układu CRRT:** Pomimo stosowania antykoagulacji, zakrzepica krążenia pozaustrojowego, zwłaszcza zakrzepica filtra, jest częstym i istotnym problemem w terapii CRRT, prowadzącym do przedwczesnego zakończenia sesji. Częstość występowania zakrzepicy filtra jest bardzo zróżnicowana i może wynosić od 10% do nawet 70%. Zakrzepica układu jest najczęstszym powikłaniem technicznym podczas CRRT. Niezaplanowane przerwanie CRRT z powodu krzepnięcia układu występuje z wysoką częstością, wahającą się od 17% do 74%. Każde przedwczesne krzepnięcie filtra oznacza przerwę w dializie. Regionalna antykoagulacja cytrynianowa (RCA) wykazała zdolność do wydłużania czasu życia filtra w porównaniu do heparyny.

3. Zaburzenia elektrolitowe i metaboliczne

- 1) **Hipofosfatemia** (zmniejszenie stężenia fosforanów we krwi) i **hipokaliemia** (zmniejszenie stężenia potasu we krwi): Nadmierne usuwanie fosforanów i potasu jest częstym zjawiskiem podczas CRRT, występując odpowiednio u 20-60% i 10-30% pacjentów. Niedobory te mogą prowadzić do poważnych konsekwencji klinicznych, takich jak zaburzenia rytmu serca, osłabienie mięśni (w tym mięśni oddechowych) oraz wydłużenie czasu wentylacji mechanicznej. Hipokaliemia jest również powiązana ze zwiększoną śmiertelnością w OIT.
- 2) **Hipokalcemia** (zmniejszenie stężenia wapnia we krwi) i **hipomagnezemia** (zmniejszenie stężenia magnezu we krwi): Hipokalcemia jest szczególnie związana z regionalną antykoagulacją cytrynianową (RCA), ponieważ



cytrynian wiąże wapń w układzie pozaustrojowym. W populacji pacjentów OIT hipokalcemia jest bardzo powszechna, występując u 55-88,5% pacjentów. Stężenie zjonizowanego wapnia poniżej 1.02 mmol/l było związane z wyższym ryzykiem ciężkiego niedociśnienia. Hipomagnezemia jest częstym powikłaniem CRRT, z istotną utratą magnezu, która może sięgnąć 15-20% całkowitej puli ustrojowej w ciągu tygodnia. Konsekwencje hipokalcemii i hipomagnezemii mogą obejmować zaburzenia rytmu serca, objawy nerwowo-mięśniowe.

- 3) **Hiperglikemia** (zwiększenie stężenia glukozy we krwi) **lub hipoglikemia** (zmniejszenie stężenia glukozy we krwi): CRRT może wpływać na poziom glukozy we krwi. Hiperglikemia jest powszechna u krytycznie chorych dzieci i młodych dorosłych, występując u 48% pacjentów w jednym badaniu w ciągu pierwszych 7 dni CRRT. Jest ona związana ze zwiększoną śmiertelnością i gorszymi wynikami nerkowymi. Hipoglikemia wystąpiła w jednym badaniu u 36% pacjentów poddawanych CRRT. Jest ona znacznie częstsza u pacjentów z niewydolnością nerek (76% umiarkowana, 29% ciężka) w porównaniu do pacjentów z prawidłową funkcją nerek. Może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym nieodwracalnego uszkodzenia mózgu z powodu niedotlenienia i zwiększonej śmiertelności.
- 4) **Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej**: CRRT jest często stosowane w celu wyrównania ciężkiej kwasicy metabolicznej. Nieprawidłowe dawkowanie terapii lub dysfunkcja układu pozaustrojowego mogą prowadzić do zasadowicy (alkalozy) lub utrzymującej się kwasicy. Cytrynian, który jest metabolizowany w wątrobie do wodorowęglanów, może prowadzić do zasadowicy metabolicznej, zwłaszcza u pacjentów z prawidłową funkcją wątroby. Z drugiej strony, u pacjentów z ostrą niewydolnością wątroby lub ciężkim wstrząsem, metabolizm cytrynianu może być upośledzony, co prowadzi do kwasicy metabolicznej.

4. Niestabilność hemodynamiczna

- 1) **Hipotensja (niedociśnienie)**: Jest jednym z najczęstszych powikłań hemodynamicznych podczas CRRT. Jej częstość występowania waha się od 10-20% pacjentów, a w niektórych badaniach odnotowano nawet ok. 38% w ciągu pierwszej godziny CRRT u krytycznie chorych dorosłych i do 43% we wczesnych etapach terapii. U dzieci, niedociśnienie po podłączeniu do CRRT wystąpiło u ok. 50% pacjentów. Hipotensja może być wywołana zbyt szybkim usuwaniem płynów, utratą około 150-200 ml krążącej krwi do układu pozaustrojowego lub szybkim usuwaniem substancji rozpuszczonych. Konsekwencje to niedokrwienie narządów, zwiększona potrzeba stosowania leków wazopresyjnych, wydłużony czas wentylacji mechanicznej, dłuższy pobyt w OIT, a także zwiększona śmiertelność wewnątrzszpitalna.
- 2) **Niestabilność krążenia**: Mimo że CRRT jest generalnie lepiej tolerowane hemodynamicznie niż przerywana hemodializa, nadal może prowadzić do fluktuacji ciśnienia krwi i konieczności stosowania leków obkurczających naczynia (wazopresyjnych) w celu podniesienia ciśnienia krwi.

5. Inne powikłania

- 1) **Utrata ciepła i hipotermia**: Krew krążąca w układzie pozaustrojowym CRRT ulega ochłodzeniu, co może prowadzić do obniżenia temperatury ciała pacjenta. Zjawisko to występuje u 5-50% pacjentów poddawanych CRRT. W jednym z badań odnotowano średnie obniżenie temperatury ciała o 2,8°C. Hipotermia może zwiększać zapotrzebowanie energetyczne pacjenta i maskować gorączkę, opóźniając rozpoznanie infekcji. Hipotermii zapobiega (w zależności od rodzaju stosowanego aparatu do CRRT) ogrzewanie płynów stosowanych podczas CRRT i/lub krwi w obwodzie pozaustrojowym.
- 2) **Niedobory żywieniowe**: Terapia CRRT, choć niezbędna, nie jest selektywna w usuwaniu substancji z krwi. Oprócz toksyn mocznicowych, przez filtr dializacyjny tracone są również aminokwasy, witaminy rozpuszczalne w wodzie (takie jak tiamina, foliany i witamina C) oraz pierwiastki śladowe (np. miedź i selen). Ta utrata składników odżywczych może przyczyniać się do niedożywienia u pacjentów w OIT, pogłębiając ich stan katabolizmu. Badania wskazują, że dłuższy czas trwania terapii nerkozastępczej jest związany ze spadkiem stężenia mikroelementów we krwi.
- 3) **Nieefektywność terapii**: Odnosi się do sytuacji, w której leczenie nie osiąga zamierzonych celów terapeutycznych, czyli odpowiedniego usuwania toksyn i płynów. Może to wynikać z nieprawidłowego ustawienia parametrów, zbyt małego przepływu krwi przez układ, zakrzepicy filtra lub niedostatecznej dawki leczenia. Zakrzepica filtra jest jednym z głównych czynników przyczyniających się do przestojów w terapii i kompromitacji dostarczanej dawki dializy. Częstość niezaplanowanych przerw w CRRT z powodu zakrzepicy układu jest wysoka, wahająca się od 17% do 74%.



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

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

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis powikłań odległych

Problemy zdrowotne po CRRT mogą wystąpić, zwłaszcza po długotrwałej terapii. Nie są one raczej powikłaniem CRRT, ale niekorzystnym następstwem choroby, w przebiegu której konieczne było zastosowanie CRRT. Mogą wystąpić:

- **Przewlekła choroba nerek (PChN) lub konieczność przewlekłej dializoterapii:** Pomimo CRRT, u części pacjentów ostra niewydolność nerek może przejść w przewlekłą chorobę nerek, wymagającą dalszych interwencji medycznych, w tym przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- **Trwałe upośledzenie funkcji narządów:** Długotrwałe leczenie w OIT, w tym wymagające stosowania CRRT, może prowadzić do przewlekłych dysfunkcji innych narządów, nawet po ustąpieniu ostrej fazy choroby.
- **Problemy psychologiczne i poznawcze:** Pacjenci po długotrwałym pobycie w OIT i leczeniu CRRT mogą doświadczać problemów psychologicznych, takich jak lęk, depresja, zespół stresu pourazowego (PTSD), a także zaburzeń funkcji poznawczych (np. problemy z pamięcią, koncentracją, podejmowaniem decyzji), które mogą utrzymywać się długo po wypisie ze szpitala.

Następstwa odległe cewnikowania żył centralnych, w tym zakładania cewnika używanego do CRRT, przedstawiono w formularzu zgody na cewnikowanie żył centralnych.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT), gdy jest ona wskazana z medycznego punktu widzenia, może prowadzić do bardzo poważnych, często śmiertelnych konsekwencji.

Bez tego postępowania:

- 1) Wystąpi postępujące pogorszenie niewydolności nerek, prowadzące do nagromadzenia toksyn i płynów w organizmie;
- 2) Narządy wewnętrzne (mózg, serce, płuca) mogą ulec nieodwracalnemu uszkodzeniu z powodu niedotlenienia i toksyn mocznicowych;
- 3) Może nastąpić zatrzymanie krążenia i oddechu;
- 4) W większości przypadków, gdy wskazana jest CRRT, jej niezastosowanie prowadzi do śmierci pacjenta.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego zabiegu

CIĄGŁEGO LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO (CRRT)

W dniu ____/____/____ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT)**

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 zabiegu oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw 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 zabiegu 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 zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu 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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT)

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 zaproponowanego zabiegu ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT)

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 zabiegu intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



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 zaproponowany zabieg.

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 zaproponowanego zabiegu ciągłego leczenia nerkozastępczego (CRRT)** 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu**

(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

pieczętka i podpis lekarza