



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 IMPLANTACJI CEWNIKA PERMANENTNEGO DO HEMODIALIZ (tzw. Permcath)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Cewnik permanentny do dializ (np. typu Permcath) to specjalistyczny, tunelizowany cewnik żylny, który zapewnia stały i niezawodny dostęp naczyniowy niezbędny do przeprowadzania hemodializ. Jego implantacja jest konieczna u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, którzy wymagają leczenia nerkozastępczego.

Przewlekła choroba nerek (PChN) i schyłkowa niewydolność nerek (ESKD).

Przewlekła choroba nerek jest jedną z najczęstszych chorób niezakaźnych na świecie, a jej występowanie stale rośnie. Polega na stopniowym i nieodwracalnym pogarszaniu się funkcji nerek, które z czasem tracą zdolność do filtrowania krwi, usuwania toksyn i nadmiaru wody z organizmu, a także do regulacji ciśnienia tętniczego i produkcji niektórych hormonów. Schyłkowa niewydolność nerek (ang. End-Stage Kidney Disease, ESKD) to ostatnie, najbardziej zaawansowane stadium PChN, w którym nerki przestają funkcjonować w stopniu wystarczającym do podtrzymania życia. Stan ten wymaga rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego, którym najczęściej jest hemodializa.

Konieczność uzyskania dostępu naczyniowego do hemodializ

Hemodializa to zabieg polegający na oczyszczaniu krwi pacjenta za pomocą specjalnego urządzenia zwanego dializatorem ("sztuczną nerką"). Aby proces ten był możliwy i wydajny, konieczne jest zapewnienie stałego dostępu do krwiobiegu, który umożliwi pobieranie krwi z organizmu i jej zwrot po przefiltrowaniu. Cewnik permanentny do dializ jest jedną z metod uzyskania takiego dostępu.

Wskazania do założenia cewnika permanentnego obejmują sytuacje, gdy:

1. Pacjent musi pilnie rozpocząć hemodializę, a nie posiada jeszcze wytworzonej i gotowej do użycia przetoki tętniczo-żylniej.
2. Wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej lub wszczepienie graftu naczyniowego jest niemożliwe z przyczyn anatomicznych (tzw. "wyczerpany dostęp naczyniowy").
3. Pacjent oczekuje na "dojrzewanie" nowo wytworzonej przetoki i potrzebuje tymczasowego, ale stabilnego dostępu do dializ (tzw. "dostęp pomostowy").
4. Pacjent świadomie nie wyraża zgody na wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej.



II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

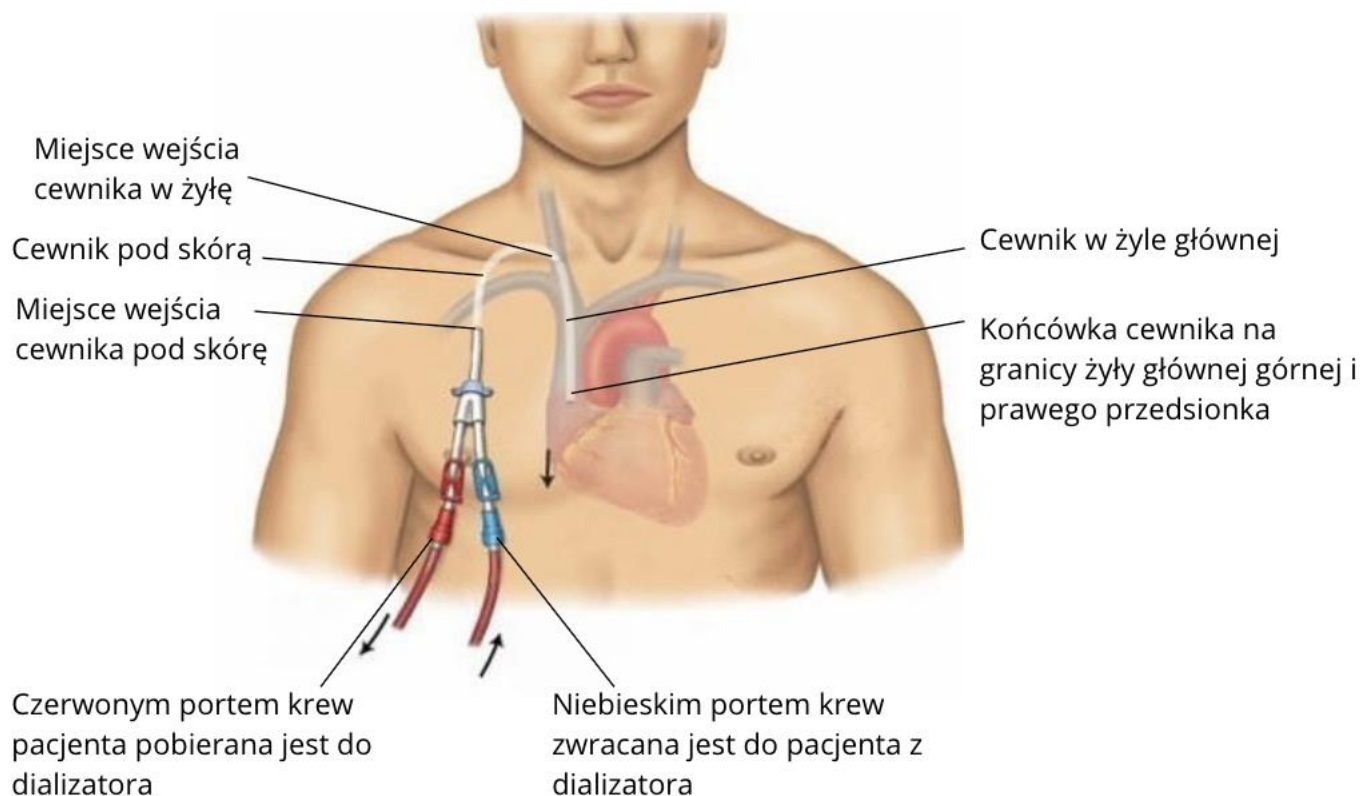
Implantacja cewnika permanentnego do hemodializ jest procedurą chirurgiczną wykonywaną w warunkach pełnej sterylności na sali zabiegowej. Zabieg jest przeprowadzany przez lekarza specjalistę (np. chirurga naczyniowego, radiologa interwencyjnego lub anestezjologa) w znieczuleniu miejscowym, niekiedy z dodatkową lekką sedacją (dożylnym podaniem leków uspokajających). Dla zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa i precyzji, procedura odbywa się pod kontrolą dwóch technik obrazowania: ultrasonografii (USG) oraz fluoroskopii (badania rentgenowskiego w czasie rzeczywistym).

Etapy zabiegu:

1. Przygotowanie i znieczulenie: Pacjent jest układany w pozycji leżącej. Obszar zabiegowy, obejmujący szyję i górną część klatki piersiowej, jest starannie dezynfekowany, a następnie osłaniany sterylnymi serwetami. Lekarz podaje miejscowy środek znieczulający za pomocą cienkiej igły w dwóch kluczowych miejscach: w miejscu planowanego wkłucia do żyły (najczęściej na szyi) oraz w miejscu, gdzie cewnik będzie wychodził na zewnątrz skóry (na klatce piersiowej).
2. Wytworzenie tunelu podskórnego: Lekarz wykonuje dwa małe nacięcia skóry: pierwsze, mniejsze, nad żyłą centralną (najczęściej żyłą szyjną wewnętrzną), a drugie, nieco większe, kilka centymetrów niżej na ścianie klatki piersiowej. Następnie za pomocą specjalnego narzędzia (tunelera) tworzy podskórny "tunel", przez który zostanie przeprowadzony cewnik.
3. Wprowadzenie cewnika do żyły: Pod kontrolą USG lekarz nakłuwa żyłę centralną i wprowadza do niej cienki, elastyczny prowadnik. Następnie, używając specjalnych rozszerzadeł i koszulki "peel-off" (rozrywalnej), poszerza kanał wkłucia, aby umożliwić wprowadzenie grubego cewnika do dializ.
4. Umieszczenie i pozycjonowanie cewnika: Cewnik jest przeprowadzany przez wcześniej przygotowany tunel podskórny. Jego wewnętrzna końcówka jest precyzyjnie umieszczana pod kontrolą fluoroskopii w dużej żyłę centralnej, najczęściej na granicy żyły głównej górnej i prawego przedsionka serca, co zapewnia optymalny przepływ krwi. Na odcinku przebiegającym w tunelu znajduje się specjalny dakronowy mankiet (cuff), który po kilku tygodniach zrasta się z tkanką podskórną, co stabilizuje cewnik i tworzy barierę chroniącą przed infekcjami.
5. Zakończenie procedury: Nacięcie na szyi jest zamykane za pomocą szwów. Miejsce wyjścia cewnika na klatkę piersiową jest zabezpieczane jałowym opatrunkiem. Przed zakończeniem zabiegu lekarz sprawdza prawidłowe funkcjonowanie cewnika, upewniając się, że możliwy jest swobodny pobór i zwrot krwi z obu jego końcówek (tzw. portów).

Oczekiwane korzyści:

1. Natychmiastowy i niezawodny dostęp naczyniowy: Założenie cewnika permanentnego umożliwia bezzwłoczne rozpoczęcie lub kontynuację hemodializ, co w przypadku schyłkowej niewydolności nerek jest procedurą ratującą życie.
2. Wysoka wydajność hemodializ: Cewnik jest zaprojektowany tak, aby zapewnić bardzo wysoki przepływ krwi (zazwyczaj >300 ml/min), co jest niezbędne do przeprowadzenia skutecznej i adekwatnej dializy.
3. Możliwość długotrwałego użytkowania: Cewnik jest przeznaczony do wielomiesięcznego, a nawet wieloletniego użytkowania, stanowiąc stabilny dostęp naczyniowy u pacjentów, u których niemożliwe jest wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej.
4. Zmniejszenie bólu i dyskomfortu: Eliminuje konieczność wielokrotnego zakładania tymczasowych cewników do dializ, które są bolesne i wiążą się z większym ryzykiem powikłań.
5. Poprawa jakości życia: Umożliwia prowadzenie regularnego leczenia nerkozastępczego w trybie ambulatoryjnym, co pozwala pacjentowi na powrót do domu po każdej sesji dializ.



Rysunek 1. Schematyczne przedstawienie poszczególnych elementów cewnika permanentnego do hemodializ na ciele pacjenta. Rysunek poglądowy utworzony przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji (AI). Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.

III. Zalecenia pozabiegowe

Ścisłe przestrzeganie poniższych zaleceń jest absolutnie kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania cewnika, zapobiegania groźnym powikłaniom (zwłaszcza infekcjom i zakrzepicy) oraz zapewnienia możliwości prowadzenia skutecznych hemodializ. Cewnik permanentny to Państwa “linia życia” i wymaga specjalnej troski.

Kluczowe zasady bezpieczeństwa

1. Cewnik może być używany wyłącznie do hemodializ i obsługiwany tylko przez przeszkolony personel medyczny stacji dializ lub przeszkolony personel Oddziału Intensywnej Terapii. Prosimy nie pozwalać nikomu innemu na jego dotykanie lub używanie.
2. Miejsce wyjścia cewnika oraz opatrunek muszą być zawsze utrzymywane w czystości i suchości.
3. Zaciski (klemki) na obu końcówkach cewnika muszą być zawsze zamknięte, gdy cewnik nie jest używany do dializy. Końcówki muszą być zabezpieczone sterylnymi nakrętkami.
4. Należy unikać wszelkich czynności, które mogłyby spowodować pociągnięcie, zagięcie lub uszkodzenie zewnętrznej części cewnika.

Pielęgnacja miejsca wyjścia cewnika i opatrunku

1. Opatrunek w miejscu wyjścia cewnika jest sterylny i będzie regularnie zmieniany przez personel stacji dializ, zazwyczaj przed każdą sesją dializ lub częściej, jeśli ulegnie zamoczeniu, zabrudzeniu lub odklejeniu.
2. Nie wolno samodzielnie zdejmować ani zmieniać opatrunku.



3. Należy regularnie obserwować miejsce wyjścia cewnika (na tyle, na ile jest to widoczne przez przezroczysty opatrunek) i zgłaszać personelowi wszelkie niepokojące zmiany.

Higiena i kąpiel

1. Kąpiele w wannie, korzystanie z basenu, jacuzzi czy naturalnych zbiorników wodnych (jeziora, morze) są bezwzględnie zabronione przez cały okres posiadania cewnika.
2. Prysznic jest dozwolony, ale wymaga specjalnego przygotowania. Miejsce wyjścia cewnika musi być zabezpieczone specjalnym, dużym, wodoodpornym opatrunkiem, aby zapobiec jego zamoczeniu. Należy unikać kierowania silnego strumienia wody bezpośrednio na opatrunek. Po prysznicu należy delikatnie osuszyć skórę wokół opatrunku i sprawdzić, czy pozostaje on suchy i szczelny. W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości co do jego szczelności, należy skontaktować się ze stacją dializ.

Aktywność fizyczna

1. Po zabiegu należy unikać intensywnego wysiłku fizycznego, zwłaszcza angażującego mięśnie klatki piersiowej i obręczy barkowej po stronie założonego cewnika.
2. Należy unikać dźwigania ciężkich przedmiotów oraz uprawiania sportów kontaktowych (np. zapasy, piłka nożna), które stwarzają ryzyko pociągnięcia lub uderzenia w cewnik.

Pilny kontakt z personelem stacji dializ lub lekarzem

Należy niezwłocznie skontaktować się z personelem medycznym w przypadku wystąpienia któregośkolwiek z poniższych objawów:

- Gorączka (temperatura ciała powyżej 38°C) lub dreszcze.
- Zaczerwienienie, ból, obrzęk, stwardnienie lub ropny wyciek w miejscu wyjścia cewnika.
- Nowy lub nasilający się ból w okolicy klatki piersiowej, szyi lub ramienia po stronie cewnika.
- Obrzęk ramienia, szyi lub twarzy po stronie cewnika (może to być objaw zakrzepicy).
- Widoczne uszkodzenie cewnika (pęknięcie, złamanie) lub przypadkowe otwarcie zacisku (klemki).
- Widoczne wysunięcie się cewnika ze skóry (zmiana jego długości na zewnątrz ciała).
- Trudności w oddychaniu lub ból w klatce piersiowej, zwłaszcza podczas sesji dializ.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi, cewnik tunelizowany do dializ nie jest metodą z wyboru i powinien być stosowany tylko wtedy, gdy inne, preferowane formy dostępu naczyniowego są niemożliwe do wytworzenia lub przeciwwskazane. Wybór optymalnej metody zależy od stanu naczyń krwionośnych pacjenta, jego stanu ogólnego i przewidywanego czasu leczenia.

Dostępne alternatywy obejmują:

1. Przetoka tętniczo-żylna (AVF - Arteriovenous Fistula): Jest to złoty standard i preferowana metoda dostępu naczyniowego do hemodializ. Polega na chirurgicznym połączeniu tętnicy z żyłą, najczęściej na przedramieniu lub ramieniu. Powoduje to, że żyła z czasem poszerza się i pogrubia, umożliwiając wielokrotne, bezpieczne nakłuwanie grubymi igłami do dializ. Przetoka charakteryzuje się najlepszą długoterminową drożnością oraz najniższym ryzykiem infekcji i zakrzepicy w porównaniu do innych metod. Jej główną wadą jest konieczność oczekiwania na tzw. "dojrzewanie" (zazwyczaj od 6 tygodni do kilku miesięcy), zanim będzie można z niej korzystać. Czasem, gdy żyły powierzchowne są niedostępne, wykonuje się bardziej złożone operacje, takie jak transpozycja żyły odłokciowej, aby umożliwić jej wykorzystanie.
2. Graft tętniczo-żylny (AVG - Arteriovenous Graft): Jest to proteza naczyniowa (sztuczna rurka) wszczepiana pod skórę, która łączy tętnicę z żyłą. Stosuje się ją, gdy naczynia własne pacjenta są zbyt słabe lub zniszczone, aby można było wytworzyć przetokę. Zaletą graftu jest krótszy czas dojrzewania (można go używać już po 2-4 tygodniach), jednak w porównaniu do przetoki ma on znacznie wyższe ryzyko powikłań, takich jak zakrzepica,



infekcje i zwężenia, a także krótszy czas funkcjonowania.

3. Nietunelizowany (tymczasowy) cewnik do hemodializ: Jest to cewnik wprowadzany bezpośrednio do dużej żyły (najczęściej szyjnej lub udowej) bez tworzenia tunelu podskórnego. Jest przeznaczony wyłącznie do krótkotrwałego użytku (kilka dni, maksymalnie tygodni) w warunkach szpitalnych. Jego stosowanie wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem infekcji i nie jest to rozwiązanie do długoterminowego leczenia.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Powikłania standardowe (wczesne) to te, które występują w trakcie zabiegu implantacji cewnika lub w krótkim czasie po jego zakończeniu. Choć procedura jest wykonywana z najwyższą starannością i pod kontrolą obrazową, ryzyko ich wystąpienia, choć niskie, istnieje. W badaniu obejmującym 212 pacjentów, na którym oparto niniejszy opis (Hyder 2019), powikłania (zarówno wczesne, jak i późne) wystąpiły łącznie u około 24% pacjentów. Poniżej przedstawiono powikłania wczesne wraz z ich przybliżoną częstością występowania na podstawie tej publikacji.

1. Niepowodzenie założenia cewnika (nieudane nakłucie żyły): Jest to najczęstsze powikłanie wczesne. W niektórych przypadkach, z przyczyn anatomicznych lub technicznych, lekarzowi może nie udać się prawidłowo nakłuć żyły szyjnej wewnętrznej. W cytowanym badaniu taka sytuacja wystąpiła u 11 z 212 pacjentów (5,1%). Procedura jest wówczas przerywana i planuje się założenie cewnika w innej lokalizacji (np. przez żyłę udową).
2. Krwaki w miejscu zabiegu: Polega na nagromadzeniu się krwi pod skórą w miejscu wkłucia lub wzdłuż tunelu podskórnego. Zazwyczaj są to niewielkie krwaki, które ustępują samoistnie po zastosowaniu miejscowego ucisku. W badaniu powikłanie to zaobserwowano u 4 z 212 pacjentów (1,88%).
3. Przypadkowe nakłucie tętnicy: Podczas próby wkłucia do żyły może dojść do niezamierzonego nakłucia sąsiadującej tętnicy (np. tętnicy szyjnej wspólnej lub podobojczykowej). Dzięki kontroli USG jest to powikłanie rzadkie, które w badaniu wystąpiło u 2 z 212 pacjentów (0,94%). Zazwyczaj sytuacja ta nie prowadzi do poważnych następstw i wymaga jedynie usunięcia igły oraz zastosowania ucisku.
4. Krwaki opłucnej: Jest to poważne, choć rzadkie powikłanie, polegające na nagromadzeniu się krwi w jamie opłucnej (przestrzeni między płucem a ścianą klatki piersiowej) na skutek uszkodzenia naczynia krwionośnego. Może prowadzić do trudności w oddychaniu i wymaga pilnej interwencji, zazwyczaj założenia drenażu klatki piersiowej. W badaniu wystąpiło u 2 z 212 pacjentów (0,94%).
5. Odma opłucnowa: Podobnie jak hemothorax, jest to rzadkie, ale poważne powikłanie. Polega na dostaniu się powietrza do jamy opłucnej, co powoduje “zapadnięcie się” płuca. Objawia się dusznością i bólem w klatce piersiowej. Może wymagać obserwacji lub założenia drenażu. W badaniu powikłanie to również wystąpiło u 2 z 212 pacjentów (0,94%).

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

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

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis powikłań odległych

Powikłania odległe są głównym problemem związanym z długotrwałym użytkowaniem cewników permanentnych i stanowią najczęstszą przyczynę ich usunięcia. Stanowią one znaczące ryzyko dla zdrowia pacjenta. W jednym z badań



obejmujących okres 4 lat, aż 42,6% cewników musiało zostać usuniętych z powodu powikłań. Mimo że niektórzy pacjenci mogą korzystać z cewnika bez problemów nawet przez ponad rok (w badaniu tym było to 18% pacjentów), ryzyko powikłań rośnie wraz z czasem utrzymywania cewnika.

Najważniejsze i najczęstsze powikłania odległe to:

1. Infekcja: Jest to najczęstsze i najpoważniejsze powikłanie związane z cewnikami do dializ, często prowadzące do konieczności usunięcia cewnika i hospitalizacji. Infekcja może dotyczyć:
 - Miejsca wyjścia cewnika: Zaczerwienienie, ból, ropny wyciek w miejscu, gdzie cewnik wychodzi ze skóry.
 - Tunelu podskórnego: Stan zapalny rozprzestrzeniający się wzdłuż podskórnej części cewnika.
 - Odcewnikowego zakażenia krwi (bakteriemi): Najgroźniejsza forma, w której drobnoustroje przedostają się do krwiobiegu, powodując ogólnoustrojową infekcję z objawami takimi jak gorączka i dreszcze. W jednym z badań zakażenie cewnika prowadzące do jego usunięcia wystąpiło u 2,2% pacjentów w ciągu trzech miesięcy od założenia. Jest to główna przyczyna usuwania cewników z powodu powikłań.
2. Niedrożność i zakrzepica cewnika (dysfunkcja cewnika): Jest to częste powikłanie uniemożliwiające przeprowadzenie skutecznej hemodializy. Polega na zablokowaniu jednego lub obu kanalików cewnika, co prowadzi do zbyt niskiego przepływu krwi. Przyczyną jest najczęściej powstanie skrzepliny wewnątrz cewnika lub utworzenie się wokół jego końcówki tzw. "płaszczka fibrynowego". W badaniu obejmującym 3-miesięczną obserwację zakrzepica cewnika wystąpiła u 4,4% pacjentów. Niedrożność często wymaga interwencji (np. podania leków rozpuszczających skrzep) lub ostatecznie usunięcia cewnika.
3. Zwężenie lub zakrzepica żyły centralnej (Central Vein Stenosis): Jest to poważne, odległe następstwo długotrwałego utrzymywania cewnika w żyłę. Cewnik, jako ciało obce, drażni ścianę naczynia, co prowadzi do jej pogrubienia, powstania blizn i w konsekwencji zwężenia (stenosis) lub całkowitego zamknięcia żyły. Może to objawiać się poszerzeniem żył na szyi i klatce piersiowej oraz obrzękiem ramienia, szyi i twarzy po stronie założonego cewnika. To powikłanie jest szczególnie groźne, ponieważ niszczy dane naczynie jako potencjalne miejsce dostępu naczyniowego w przyszłości.
4. Powikłania mechaniczne:
 - Przypadkowe usunięcie cewnika: Może dojść do przypadkowego pociągnięcia i wysunięcia cewnika, co wymaga ponownego założenia dostępu naczyniowego.
 - Pęknięcie lub złamanie cewnika: Zewnętrzna część cewnika może ulec uszkodzeniu, co wymaga jego naprawy lub wymiany.
 - Migracja cewnika: Końcówka cewnika może się przemieścić do nieprawidłowej pozycji, co upośledza jego funkcjonowanie.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z implantacji cewnika permanentnego do dializ, w sytuacji gdy istnieją do niej pilne i życiowe wskazania, jest decyzją o bezpośrednich i bardzo poważnych konsekwencjach. Schyłkowa niewydolność nerek jest stanem, w którym organizm nie jest w stanie samodzielnie podtrzymać podstawowych funkcji życiowych. Hemodializa jest w tym przypadku leczeniem nerkozastępczym, czyli procedurą ratującą życie.

Odmowa założenia cewnika, gdy jest on jedyną dostępną lub wskazaną w danym momencie metodą uzyskania dostępu naczyniowego, jest równoznaczna z rezygnacją z leczenia podtrzymującego życie.

Brak możliwości przeprowadzenia hemodializ prowadzi do gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia na skutek:

1. Narastania objawów mocznicy (uremii): W organizmie gromadzą się toksyczne produkty przemiany materii



- (m.in. mocznik, kreatynina), co prowadzi do ciężkiego zatrucia. Objawia się to nudnościami, wymiotami, osłabieniem, a w dalszym etapie zaburzeniami świadomości, drgawkami, śpiączką i śmiercią.
2. Przewodnienia i obrzęku płuc: Nerki nie są w stanie usuwać nadmiaru wody z organizmu. Płyn gromadzi się w tkankach, a przede wszystkim w płucach, prowadząc do skrajnej duszności, ostrej niewydolności oddechowej i konieczności leczenia na oddziale intensywnej terapii.
 3. Zaburzeń elektrolitowych zagrażających życiu: Szczególnie niebezpieczny jest gwałtowny wzrost stężenia potasu we krwi (hiperkaliemia), który może w każdej chwili doprowadzić do groźnych zaburzeń rytmu serca i nagłego zatrzymania krążenia.

W sytuacji, gdy cewnik jest proponowany jako “dostęp pomostowy” do czasu dojrzewania nowo wytworzonej przetoki tętniczo-żylniej, rezygnacja z jego założenia również uniemożliwia dializy w tym krytycznym okresie (kilku tygodni lub miesięcy). Prowadzi to do tych samych, opisanych wyżej, zagrażających życiu konsekwencji, które mogą doprowadzić do zgonu pacjenta, zanim jego przetoka będzie gotowa do użycia.

W konsekwencji, odmowa poddania się zabiegowi implantacji cewnika permanentnego, gdy jest on niezbędny do prowadzenia hemodializ, nieuchronnie prowadzi do śmierci pacjenta, zazwyczaj w ciągu kilku dni lub tygodni.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego zabiegu

IMPLANTACJI CEWNIKA PERMANENTNEGO DO HEMODIALIZ (tzw. Permcath)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu implantacji cewnika permanentnego do hemodializ**. 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 implantacji cewnika 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 proponowanej 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 implantacji cewnika permanentnego do hemodializ

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 implantacji cewnika permanentnego do hemodializ

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 cewnikowania żył centralnych. 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 implantacji cewnika permanentnego do hemodializ** 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 zabiegu implantacji cewnika permanentnego do hemodializ.**

(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