



a

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 PARACENTEZY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

U Pana/Pani stwierdzono obecność nadmiernej ilości płynu w jamie brzusznej (wodobrzusze). Płyn ten gromadzi się w jamie otrzewnej, czyli przestrzeni między narządami wewnętrznymi a ścianą jamy brzusznej. Stan ten może powodować dolegliwości, takie jak uczucie rozpierania, ból brzucha, ograniczenie łaknienia czy duszność. Wodobrzusze wymaga diagnostyki w celu ustalenia jego przyczyny oraz/lub leczenia mającego na celu złagodzenie dolegliwości i poprawę komfortu życia.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg może być wykonany w celu:

- diagnostycznym - pobranie próbki płynu z jamy otrzewnej w celu ustalenia przyczyny wodobrzusza,
- leczniczym/odbarczającym - usunięcie nadmiernej ilości płynu, aby zmniejszyć dolegliwości.

Przebieg zabiegu:

Zabieg wykonywany jest w **znieczuleniu miejscowym**, co oznacza, że pacjent pozostaje przytomny, a znieczulone jest jedynie miejsce wkłucia. Do znieczulenia stosuje się lek podawany w formie zastrzyku. Pacjent znajduje się w pozycji siedzącej lub leżącej. Po odkażeniu skóry brzucha lekarz znieczula miejsce wkłucia, a następnie - czasami pod kontrolą USG - wprowadza do jamy otrzewnej igłę lub cienki plastikowy cewnik (które są dokładnie tymi samymi narzędziami, jakie stosuje się do wkłucia do żyły) z podłączonym drenem. Płyn wypływa powoli przez dren do specjalnego pojemnika. Po zakończeniu zabiegu miejsce wkłucia zostaje zabezpieczone jałowym opatrunkiem. Cała procedura trwa zwykle 20 - 60 minut.

Oczekiwane korzyści obejmują: uzyskanie materiału do badań w celu ustalenia przyczyny wodobrzusza i/lub zmniejszenie dolegliwości poprzez usunięcie nadmiaru płynu, co może poprawić oddychanie, zmniejszyć ból oraz poprawić ogólny komfort życia.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu pacjent pozostaje pod obserwacją personelu medycznego, kontrolowane jest między innymi ciśnienie tętnicze krwi.

Należy dbać o czystość i suchy stan opatrunku w miejscu wkłucia.

Należy natychmiast zgłaszać personelowi medycznemu pojawienie się któregokolwiek z następujących objawów:

- gorączka,
- silny ból brzucha,
- nasilony wyciek płynu z miejsca wkłucia,
- zawroty głowy
- omdlenie.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Wybór metody leczenia wodobrzusza zależy od przyczyny nagromadzenia płynu w jamie brzusznej, jego ilości oraz ogólnego stanu pacjenta. Oprócz paracentezy możliwe są:

1. Obserwacja i leczenie przyczynowe wraz z leczeniem farmakologicznym:
 - stosowane, gdy ilość płynu jest niewielka lub dolegliwości są łagodne,
 - polega na regularnym monitorowaniu stanu pacjenta i wykonywaniu kontrolnych badań,
 - obejmuje leczenie choroby podstawowej (np. choroby wątroby, niewydolności serca, choroby nowotworowej) oraz stosowanie leków moczopędnych w celu zmniejszenia gromadzenia się płynu.
2. Inne procedury medyczne:
 - w zaawansowanych przypadkach, gdy leczenie farmakologiczne lub paracenteza nie przynoszą efektu, lekarz może rozważyć leczenie inwazyjne - założenie zespolenia wrotno-systemowego (TIPS - procedura wewnątrznaczyniowa wykonywana przez radiologa interwencyjnego), które pomaga zmniejszyć ilość płynu w jamie brzusznej.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

W przypadku paracentezy typowe następstwa i możliwe powikłania to:

- wyciek płynu z miejsca nakłucia - najczęstsze, zazwyczaj niewielkie,
- krwawienie lub krwiak w powłokach brzusznych - zwykle łagodne i ustępujące samoistnie,
- spadek ciśnienia tętniczego (hipotensja) - szczególnie po usunięciu dużej objętości płynu,
- zakażenie płynu w jamie brzusznej (spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej) - zdarza się rzadko,
- uszkodzenie narządów jamy brzusznej (np. jelita, pęcherza moczowego) - bardzo rzadkie; ryzyko minimalizowane dzięki stosowaniu USG,
- zaburzenia elektrolitowe i pogorszenie funkcji nerek - mogą wystąpić po usunięciu dużej objętości płynu



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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

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

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali ASA (American Society of Anesthesiologists) oraz czynników klinicznych (zaburzenia krzepnięcia: niski INR, mała liczba płytek, ciężka niewydolność wątroby, nerek, serca, duże wodobrzusze wymagające odbarczenia dużej objętości płynu, wyniszczenie).

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

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

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

(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 PARACENTEZY

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu paracentezy**

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 paracentezy

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 paracentezy

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 paracentezy. 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 paracentezy** 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 paracentezy**

(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