



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 WEWNĄTRZACZYNIOWEGO UDROŻNIENIA, ANGIOPLASTYKI I STENTOWANIA TĘTNIC DOPROWADZAJĄCYCH KREW DO KOŃCZYN DOLNYCH

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani niedrożność/krytyczne zwężenie tętnic doprowadzających krew do kończyny dolnej (tętnica biodrowa wspólna/biodrowa zewnętrzna/tętnica udowa wspólna/tętnica udowa powierzchowna/tętnica podkolanowa/tętnice podudzia) wymagające leczenia operacyjnego. Aktualnie dostępne sposoby to leczenie wewnątrznaczyniowe – angioplastyka i stentowanie oraz operacje klasyczne i hybrydowe (jednoczesowe zastosowanie technik wewnątrznaczyniowych i klasycznych). Prowadzący Pana/Pani leczenie chirurg naczyniowy na podstawie badań obrazowych zakwalifikował Pana/Panią do wewnątrznaczyniowego udrożnienia i ewentualnego stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Wewnątrznaczyniowe udrożnienie, angioplastyka i stentowanie tętnic kończyn dolnych jest zabiegiem małoinwazyjnym wykonywanym przezskórnie (przez nakłucie tętnicy), wymagającym zazwyczaj **znieczulenia miejscowego**. Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach doprowadzających krew do kończyny dolnej wykonuje się u chorych zarówno z ostrym jak i przewlekłym niedokrwieniem. Po uzyskaniu dostępu do naczynia (przeważnie w pachwinie przez tętnicę udową, ale możliwe są również inne miejsca dostępne), za pomocą specjalnych narzędzi wewnątrznaczyniowych poszerza się zwężenie/niedrożność tętnicy przywracając napływ krwi do kończyny. W czasie zabiegu stosuje się szereg specjalnie skonstruowanych urządzeń: przewodników (specjalnie skonstruowane druty), cewników (cienkie rurki do sterowania przewodnikami), balonów i stentów (metalowe rurki służące do poszerzania światła naczynia), ale również urządzeń do defragmentacji i odsysania materiału zamykającego naczynia. W wybranych przypadkach stosuje się miejscowo leki trombolityczne (rozpuszczające skrzeplinę - tromboliza).

W przypadku ostrego niedokrwienia pierwszym etapem leczenia zabiegowego jest udrożnienie tętnicy poprzez usunięcie zakrzepu z jej światła (trombektomia) lub jego rozpuszczenie (tromboliza). U niektórych chorych rozpuszczanie skrzepliny (tromboliza) wymaga długotrwałego wlewu leku trombolitycznego (nawet 24 godziny). W tym czasie konieczne jest monitorowanie stanu ukrwienia kończyny i parametrów krzepnięcia. Po usunięciu/rozpuszczeniu skrzepliny konieczne jest wykonanie kontrolnej arteriografii (badanie radiologiczne oceniające światło tętnicy po podaniu środka cieniującego), a w przypadku stwierdzenia zwężenia tętnicy – wykonanie wewnątrznaczyniowej angioplastyki, z ewentualnym stentowaniem. Ostre niedokrwienie tętnicy jest zawsze stanem zagrożenia kończyny i często wymaga postępowania w trybie pilnym (ostrodżyrowym).

W przypadku przewlekłego niedokrwienia kończyn chory kwalifikowany jest do zabiegu z powodu owrzodzeń/martwicy lub bólów kończyny nieustępujących po leczeniu zachowawczym (obejmującym kontrolę czynników ryzyka miażdżycy - m.in. rzucenia palenia tytoniu, rehabilitacji - trening marszowy, farmakoterapii – lek przeciwpłytkowy, statyna). Celem zabiegu w zależności od zaawansowania niedokrwienia jest poprawa jakości życia oraz uniknięcie amputacji kończyny.

Miażdżyca jest chorobą obejmującą w różnym stopniu wszystkie tętnice. Dlatego często w czasie wykonywania arteriografii podczas zabiegu wewnątrznaczyniowego stwierdza się dodatkowe zmiany w przylegających tętnicach.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Ostatecznie dopiero po śródoperacyjnej ocenie tętnic podejmowana jest decyzja dotycząca możliwości i sposobu wykonania wewnątrznaczyniowej korekcji.

Schematyczny przebieg zabiegu:

Leczenie wewnątrznaczyniowe tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych (tętnica biodrowa wspólna/biodrowa zewnętrzna/tętnica udowa wspólna/tętnica udowa powierzchowna/tętnica podkolanowa/tętnice podudzia) wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym na sali operacyjnej spełniającej warunki aseptyki, wyposażonej w niezbędny sprzęt medyczny. Przed operacją wykonuje się badania dodatkowe oraz EKG a chory jest zobowiązany odbyć konsultację anestezyjologiczną. Chory musi być na czczo – bez jedzenia 6 godzin przed zabiegiem, bez picia 2 godziny. Przed operacją usuwane jest owłosienie całej nogi, zakładany dostęp dożylny (venflon), przetaczane są płyny dożylnie i podawany antybiotyk.

W czasie zabiegu chory leży na stole operacyjnym na plecach z ramionami ułożonymi wzdłuż tułowia. Po znieczuleniu chorego przygotowane jest pole operacyjne – zazwyczaj myta jest okolica zaplanowanego miejsca/miejsc dostępowych, czasami przygotowywana jest cała kończyna dolna oraz brzuch do poziomu pępka, nakładane jest sterylne obłożenie i folia operacyjna. Dostęp naczyniowy do przeprowadzenia zabiegu wewnątrznaczyniowego dobierany jest na podstawie wyników badań obrazowych. Zazwyczaj stosowany jest dostęp przez tętnicę udową wspólną (w pachwinie). Tętnica nakłuwana jest zgodnie z prądem krwi (antegrade) lub pod prąd krwi (retrograde). Może być nakłuwana po stronie niedokrwionej kończyny lub po stronie przeciwnej! Możliwe są również dostępy przez inne tętnice kończyny dolnej – tętnicę podkolanową, piszczelową przednią, piszczelową tylną, strzałkową oraz tętnice kończyny górnej – tętnicę ramienną lub promieniową.

Tętnicę dostępową nakłuwają się pod kontrolą badania USG dla zminimalizowania powikłań a następnie pod kontrolą radiologiczną wprowadza prowadnik do tętnicy. W zależności od umiejscowienia zmiany i miejsca dostępowego narzędzia wewnątrznaczyniowe wprowadza się w kierunku aorty brzusznej (zmiany zlokalizowane w tętnicach biodrowych lub stosowanie dostępu od strony zdrowej kończyny) lub obwodowo (zmiany zlokalizowane w tętnicy na udzie lub podudziu). Następnie wprowadza się przezskórnie do światła tętnicy koszulkę (śluzę) naczyniową, prowadnik i cewnik diagnostyczny. Po uwidocznieniu tętnic doprowadzających krew do kończyny dolnej ostatecznie kwalifikuje się zmiany do leczenia wewnątrznaczyniowego. Pod kontrolą radiologiczną przeprowadza się prowadnik poza zmianę, bardzo często konieczne jest stosowanie różnego rodzaju prowadników i cewników do udrożnienia. Następnie wykonywana jest arteriografia celem dobrania odpowiedniego stentu/balonu do stwierdzonej patologii i wykluczenia powikłań zabiegu. Pod kontrolą radiologiczną wykonuje się angioplastykę i ewentualne wszczepienie stentu. Po zakończeniu tej części zabiegu wewnątrznaczyniowego wykonywana jest arteriografia kontrolna uwidaczniająca tętnice doprowadzające krew do kończyny (od rozwidlenia aorty do tętnic stóp). Po potwierdzeniu skuteczności zabiegu i wykluczeniu obecności powikłań w tętnicach dostępowych i operowanych usuwany jest sprzęt wewnątrznaczyniowy i zabezpieczane jest miejsca nakłucia tętnicy. W tym celu stosuje się specjalne zamykacze lub ucisk z zewnątrz. W czasie zabiegu wewnątrznaczyniowego stosuje się ograniczenie stosowania promieniowa rentgenowskiego wg schematu ALARA (ang. as low radiation as reasonably achievable).

Do wykonania zabiegu wewnątrznaczyniowego na tętnicach doprowadzających krew do kończyny potrzebna jest Pani/Pana zgoda. Na temat różnych skutków ubocznych związanych z tym zabiegiem możecie Państwo porozmawiać z leczącym Państwa lekarzem.

Stosowane znieczulenie – w czasie zabiegu wewnątrznaczyniowego na tętnicach doprowadzających krew do kończyny dolnej stosowane jest znieczulenie miejscowe – miejscowe wstrzyknięcie leku miejscowo znieczulającego (najczęściej lidokainy). 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! Znieczulenie miejscowe jest wystarczające dla przeprowadzenia stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyny dolnej poprzez nakłucie tętnicy udowej wspólnej i jednocześnie jest bardzo bezpieczne.

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,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

utarta przytomności, wstrząs anafilaktyczny, zatrzymanie krążenia a nawet zgon.

- Działania niepożądane związane z przedawkowaniem lub 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 i 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 i zakażenie.

U części chorych dodatkowo stosuje się dożylnie środki uspokajające (sedacja) oraz leki przeciwbólowe.

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 znieczulające) oraz dokładne przestrzeganie zaleceń otrzymanych w czasie przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej.

Możliwe działania niepożądane znieczulenia zostały Panu/Pani przedstawione przez Anestezjologa w czasie uzyskania zgody na znieczulenie.

Konieczność zmiany/rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania:

Pomimo należytej staranności zespołu operującego w trakcie zabiegu mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności (np. wystąpienie krwawienia, zatoru tętnicy), wymagające zmiany zakresu/rozszerzenia wykonywanej procedury. Może to obejmować konieczność wykonania innego rodzaju interwencji wewnątrznaczyniowej lub konwersji do otwartej operacji naczyniowej. Ostateczna decyzja o zakresie przeprowadzanego zabiegu będzie podejmowana przez lekarza wykonującego/nadzorującego zabieg w oparciu o Pana/Pani stan kliniczny oraz występujące warunki anatomiczne. W takiej sytuacji będzie Pan/Panią o tym poinformowana i będzie mógł Pan/Pani wyrazić zgodę na rozszerzenie zabiegu w formie ustnej. W przypadku stosowania leków uspokajających (sedatywnych) będzie Pan/pani informowana o postępowaniu. U części chorych poddawanych wewnątrznaczyniowej korekcji tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych (tętnicy biodrowej wspólnej/biodrowej zewnętrznej/tętnicy udowej wspólnej/tętnicy udowej powierzchownej/tętnicy podkolanowej/tętnic podudzia) konieczne jest rozszerzenie operacji o dodatkowe procedury:

- korekcja wewnątrznaczyniowa dodatkowych patologii tętniczych (m.in. angioplastyka/stentowanie innych niż zaplanowanych przed operacją odcinków tętnic, podawanie leków rozpuszczających skrzeplinę – tromboliza, aspiracja ze światła naczynia, fragmentacja blaszki miażdżycowej- mechaniczna lub laserowa)
- udrożnienie tętnicy udowej wspólnej/głębokiej – w przypadku znacznego pogrubienia ściany tętnicy uniemożliwiającej/znacznie utrudniającej nakłucie tętnicy

W skrajnych przypadkach bardzo zaawansowanych zmian miażdżycowych wykonanie wewnątrznaczyniowej korekcji tętnic doprowadzających krew do kończyny dolnej może okazać się niemożliwe. W tej sytuacji operator będzie musiał podjąć decyzję o konwersji do operacji otwartej lub odstąpieniu od leczenia zabiegowego.

Zalecenia okołozabiegowe:

Bezpośrednio po zabiegu chory pozostaje w warunkach sali pooperacyjnej monitorowanej przez co najmniej 2 godziny po zabiegu. W przypadku istotnych współistniejących chorób, przedłużającej się operacji, nadmiernej utraty krwi chory może być przewieziony do Oddziału Intensywnej Terapii. Po zabiegu wewnątrznaczyniowym na tętnicach doprowadzających krew do kończyny chory pozostaje na czczo przez co najmniej 12 godzin. W tym czasie konieczne zapewnienie odpowiedniej podaży płynów dożylnie. Monitorowane są parametry życiowe - ciśnienie tętnicze; czynność serca; saturacja, glikemia; w przypadku utraty krwi ocenianej na >400 ml lub objawów hipotonii konieczne sprawdzenie morfologii i ewentualnie przetoczenie krwi lub preparatów krwio pochodnych. W okresie okołoperacyjnym oceniane



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

jest ukrwienie operowanej kończyny – wykonuje się badanie tętna, ewentualnie badanie USG lub inne badania obrazowe. W celu zapobiegania zakrzepicy żył głębokich Choremu podaje się profilaktyczną dawkę heparyny po 4-6 godzinach po operacji w przypadku braku cech aktywnego krwawienia. W leczeniu bólu pooperacyjnego konieczna jest skuteczna analgezja (leczenie przeciwbólowe). W przypadku braku wczesnych powikłań Chory może być przeniesiony na salę ogólną i rozpocząć przyjmowanie płynów i pokarmów doustnie. Decyzja o możliwości uruchomienia Pacjenta (siadanie i chodzenie) podejmowana jest przez zespół lekarski w zależności od stanu miejscowego i ogólnego chorego. W razie potrzeby uruchomienie odbywa się z pomocą rehabilitanta. Po kontrolnym badaniu USG tętnic kończyn dolnych, po potwierdzeniu skuteczności zabiegu i wykluczeniu powikłań w miejscu nakłucia, chory zazwyczaj jest wypisywany do domu w pierwszej dobie pooperacyjnej. W okresie okołoperacyjnym wskazane jest leczenie przeciwplatek (aspiryna lub kłopidogrel, często skojarzone), wskazane jest również leczenie statyną.

Oczekiwane korzyści obejmują:

Skuteczne przeprowadzenie zabiegu wewnątrznaczyniowego na tętnicach doprowadzających krew do kończyny poprawia ukrwienie kończyny – zmniejszając dolegliwości bólowe u chorych z chropaniem przestankowym, zwiększając szansę na wygojenie owrzodzeń u chorych ze zmianami wstecznymi i uwalnia chorego od bólu spoczynkowego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże

☐ średnie

☐ ograniczone

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wypisaniu ze szpitala chory powinien w ciągu kilku dni powrócić do pełnej aktywności fizycznej. Okolica nakłutej tętnicy może być bolesna przez kilka - kilkanaście dni po zabiegu. Przez pierwsze 1-2 tygodnie po zabiegu należy unikać intensywnego wysiłku fizycznego i długotrwałego stania i dźwigania, oszczędzając szczególnie tę kończynę, w której było nakłucie tętnicy. Wskazany jest jednak codzienny trening marszowy i zwiększenie aktywności fizycznej. Należy unikać odwodnienia przez wypijanie minimum 2 litrów płynów na dobę (w przypadku chorych bez współistniejącej choroby nerek, choroby serca lub innych stanów wymagających ograniczenia podaży płynów). Chory musi bezwzględnie zaprzestać palenia tytoniu. Operowana kończyna może obrzęknąć po operacji a obrzęk może utrzymywać się do kilku tygodni.

Niepokojące objawy, które należy zgłosić lekarzowi to: przedłużający się ból, obrzęk, zaczerwienienie okolicy operowanej, wyciek nieprawidłowej treści z rany pooperacyjnej, gorączka (temperatura ciała powyżej 38°C), nagły ból, zblednięcie i ochłodzenie operowanej kończyny, krwawienie z okolicy rany, wyczuwalny guz w ranie pooperacyjnej, masywny obrzęk kończyny.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Podstawą leczenia niedokrwienia kończyn jest leczenie zachowawcze, ograniczające powstawanie miażdżycy. Obejmuje ono redukcję czynników miażdżycy – odpowiednią dietę, unikanie odwodnienia, zwiększenie aktywności fizycznej,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

bezwzględny zakaz palenia tytoniu, redukcja masy ciała do należytnej. Niezbędna jest również odpowiednia farmakoterapia dostosowana do ryzyka sercowo- naczyniowego. Konieczna jest dobra kontrola ciśnienia tętniczego ($RR < 130/80$ mmHg), glikemii ($HbA1c < 7$ g/dl), ewentualne modyfikacje leczenia w przypadku niespełnienia ww. celów terapeutycznych. Możliwe jest również zmniejszenie dolegliwości bólowych z powodu niedokrwienia kończyny przez nadzorowany trening marszowy.

W przypadku niewystarczającej poprawy ukrwienia lub pogłębienia niedokrwienia kończyny w przebiegu leczenia zachowawczego, chory kwalifikowany jest do leczenia zabiegowego – wewnątrznaczyniowego, klasycznego lub hybrydowego. Dobór metody zabiegowej uzależniony jest od szeregu czynników, przede wszystkim anatomii zmian naczyniowych, ale również zaawansowania niedokrwienia kończyny, stanu ogólnego chorego i współistniejących chorób. Jeśli istnieją możliwości zastosowania technik wewnątrznaczyniowych, są one wykorzystywane jako pierwsze z uwagi na mniejszą inwazyjność. Jednak w niektórych przypadkach jako leczenie z wyboru stosowane są techniki klasyczne (np. udrożnienie tętnicy udowej wspólnej lub naczyniowe pomosty omijające). Czasem alternatywą do leczenia wewnątrznaczyniowego ratującego kończynę, szczególnie u pacjenta z ostrym lub krytycznym niedokrwieniem kończyny może być jej amputacja na różnym poziomie.

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

Z każdą procedurą operacyjną związane jest ryzyko wystąpienia powikłań. Pomimo wszelkiej dbałości zespołu operującego. 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/angiografem i aparatem do znieczulenia. Ryzyko wystąpienia powikłań jest zwiększone w przypadku operacji wykonywanej w trybie pilnym, złego stanu ogólnego chorego, wyniszczenia, choroby nowotworowej, niehigienicznego trybu życia, otyłości, cukrzycy, konieczność powtórnej operacji, złego stanu uzębienia, przewlekłych chorób serca, wątroby, płuc lub nerek. Niezwykle duże znaczenie ma również obecność zmian martwiczych w obrębie stopy i/lub goleni.

Do najczęstszych powikłań należą:

- niedokrwienie kończyny wywołane niedrożnością tętnicy (zły napływ krwi, zły odpływ krwi, rozwarstwienie/perforacja tętnicy, uszkodzenie/złamanie stentu, spadek ciśnienia tętniczego krwi, nadkrzepliwość/niewystarczające wydłużenie ACT przez heparynę niefrakcjonowaną)
- krwawienie śródoperacyjne - tętnicze lub żylnie- ze wstrząsem krwotocznym włącznie;
- krwiak w ranie pooperacyjnej;
- wczesna zakrzepica tętnicy;
- zakażenie stentu, rany pooperacyjnej;
- uszkodzenie nerwów;
- chłonnokotek z rany pooperacyjnej;
- zespół ciasnoty wewnątrzpówięziowej (obrzęk mięśni wewnątrz przedziałów powięziowych powodujący zaburzenie przepływu krwi w małych naczyniach odżywczych);
- powikłania znieczulenia opisane powyżej
- oparzenie/uszkodzenie skóry spowodowane środkami dezynfekcyjnymi
- zapalenie płuc;
- zawał serca;
- zakrzepica żylna, zator tętnicy płucnej;
- krwawienie z przewodu pokarmowego;
- udar;
- niewydolność nerek;
- zgon

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.



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 operacji oceniane na podstawie skali POSSUM

Ryzyko powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VII. Opis rokowania i powikłań odległych

Wewnątrznaczyniowe udrożnienie, angioplastyka i stentowanie tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych poprawia ukrwienie kończyny. Chory po operacji przebywa w szpitalu najczęściej 1 dzień. W tym okresie chory jest uruchamiany. W pierwszej dobie po operacji wykonuje się kontrolne badania USG tętnic kończyny dolnej i miejsca dostępu. Chory po opuszczeniu szpitala przez 7 dni lub do czasu pełnego uruchomienia przyjmuje profilaktykę przeciwzakrzepową (heparyną drobnocząsteczkową w zastrzykach podskórnych).

Podobnie jak we wczesnym okresie, również później po operacji mogą wystąpić powikłania. Odległe komplikacje występujące najczęściej to powstawanie zwężenia, niedrożności tętnicy w miejscu przeprowadzonego zabiegu wewnątrznaczyniowego, rzadziej zakażenia, powstanie tętniaka rzekomego, krwiaka/krwotoku. Ryzyko wystąpienia powikłań zależy od wielu czynników – m.in. przyczyny kwalifikacji (ostre/przewlekłe niedokrwienie, krytyczne niedokrwienie), nasilenia zmian naczyniowych, współistniejących chorób i jakości ich kontroli (m.in. cukrzyca, stężenia cholesterolu, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów i nadwaga/otyłość). Znacząca część późnych powikłań związana jest ze zmianami naczyniowymi zaburzającymi napływ, przepływ lub odpływ krwi. Dla zredukowania ryzyka zaburzenia działania zabiegów wewnątrznaczyniowych wykonywanych z powodu niedokrwienia kończyn dolnych konieczne są:

- okresowe kontrole w Poradni naczyniowej, kontrolne badania USG,
- unikanie odwodnienia, zalecana dieta redukująca ryzyko miażdżycy,
- regularne ćwiczenia fizyczne,
- redukcja masy ciała do należytnej,
- dobra kontrola ciśnienia tętniczego (RR<130/80mmHg), glikemii (HbA1c <7 g/dl), ewentualne modyfikacje leczenia w przypadku niespełnienia ww. celów terapeutycznych,
- bezwzględny zakaz palenia nikotyny,
- stosowanie farmakoterapii zgodnie z zaleceniami lekarza.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☐ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z wewnątrznaczyniowej korekcji patologii tętnic doprowadzających krew do kończyny dolnej uniemożliwia istotną poprawę ukrwienia. U części chorych za pomocą leczenia zachowawczego, redukcji czynników ryzyka miażdżycy i optymalizacji leczenia farmakologicznego można uzyskać niewielką poprawę ukrwienia kończyny. U części chorych w takiej sytuacji obserwowana będzie progresja choroby – nasilanie się objawów niedokrwienia, które w niesprzyjających okolicznościach zagrożone jest amputacją kończyny a w skrajnych zgonem chorego. U chorych z krytycznym niedokrwieniem kończyny dolnej (ból spoczynkowy, zmiany wsteczne w obrębie stopy i/lub goleni) niepoddanie się wewnątrznaczyniowej korekcji patologii tętnic doprowadzających krew związane jest z dużym ryzykiem amputacji i istotnym ryzykiem zgonu.

(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
WEWNĄTRZACZYNIOWEGO UDROŻNIENIA, ANGIOPLASTYKI I STENTOWANIA TĘTNIC
DOPROWADZAJĄCYCH KREW DO KOŃCZYN DOLNYCH**

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych**.

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 wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych.

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 wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych.

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 operacji wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych. 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 **operacji wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych** 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 **operacji wewnątrznaczyniowego udrożnienia, angioplastyki i stentowania tętnic doprowadzających krew do kończyn dolnych.**

(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