



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 ZAŁOŻENIE STAŁEGO (PERMANENTNEGO), TUNELOWEGO CEWNIKA DO HEMODIALIZY

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

U Pana/Pani rozpoznano schyłkową niewydolność nerek, która wymaga regularnego leczenia nerkozastępczego (hemodializ). W celu umożliwienia tych zabiegów konieczne jest zapewnienie stałego, długoterminowego dostępu do Pana/Pani układu naczyniowego. Zabieg ten jest proponowany, ponieważ inne metody dostępu naczyniowego (jak przetoka tętniczo-żylna) są w Pana/Pani przypadku niemożliwe do wykonania lub przeciwwskazane. W pewnych sytuacjach cewnik tunelizowany może być przejściowym dostępem naczyniowym przed wytworzeniem przetoki tętniczo-żylnnej.

### II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Nazwa zabiegu: założenie stałego (permanentnego), tunelizowanego cewnika do hemodializy.

Cel: wytworzenie długoterminowego dostępu naczyniowego, który pozwoli na bezpieczne i skuteczne przeprowadzanie hemodializ przez wiele miesięcy lub lat.

Przebieg: zabieg wykonuje się w **znieczuleniu miejscowym** na sali zabiegowej. Lekarz wykonuje dwa nacięcia skóry (jedno na szyi, drugie na klatce piersiowej). Pod skórą tworzony jest tunel, przez który przeprowadzany jest cewnik. Jego końcówka jest wprowadzana pod kontrolą USG do dużej żyły w pobliżu serca. Cewnik posiada specjalną mufkę, która zrasta się z tkankami, co go stabilizuje i chroni przed zakażeniem. Nacięcia są zamykane szwami. Cała procedura trwa zazwyczaj około 45-90 minut.

**Oczekiwane korzyści:** zapewnienie stabilnego dostępu do dializ, co jest warunkiem utrzymania życia i poprawy jego jakości. Uniknięcie konieczności wielokrotnego zakładania cewników tymczasowych.

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

### III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu należy dbać o higienę miejsca wyjścia cewnika, które będzie zabezpieczone specjalistycznym opatrunkiem. Należy bezwzględnie chronić cewnik przed zamoczeniem i pociąganiem. Pielęgnacja cewnika będzie prowadzona przez personel medyczny. Szwamy usuwa się po ok. 7-14 dniach. Należy zgłaszać personelowi wszelkie objawy takie jak gorączka, dreszcze, ból lub zaczerwienienie w okolicy cewnika.



#### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Preferowaną metodą stałego dostępu jest przetoka tętniczo-żylna, która jednak nie u każdego pacjenta może być wykonana. Inne opcje to graft naczyniowy (wszczepienie sztucznego naczynia). Lekarz omówił ze mną, dlaczego w moim przypadku założenie cewnika permanentnego jest metodą rekomendowaną.

#### V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub zabiegiem

Każdy zabieg medyczny wiąże się z ryzykiem. Typowe następstwa i możliwe powikłania to:

1. Powikłania wczesne (związane z zabiegiem): ból, krwawienie, krwiak, odma opłucnowa (zapadnięcie płuca), nakłucie tętnicy, zaburzenia rytmu serca.
2. Powikłania późne (związane z użytkowaniem): zakażenie najczęstsze i najpoważniejsze powikłanie, mogące prowadzić do ciężkiej, ogólnoustrojowej infekcji (sepsy).
3. Zakrzepica i dysfunkcja cewnika: zatkanie cewnika przez skrzepinę, co uniemożliwia dializę.
4. Zwężenie lub zakrzepica żyły centralnej, długotrwała obecność cewnika może uszkodzić żyłę.
5. Uszkodzenie mechaniczne cewnika.

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

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem, np. zwiększone ryzyko infekcji u pacjentów z obniżoną odpornością, ryzyko krwawienia przy zaburzeniach krzepnięcia).

Ryzyko zabiegu oceniane na podstawie skali: \_\_\_\_\_

Dla zabiegów „małych”      Ryzyko powikłań      [ ] małe      [ ] średnie      [ ] duże

#### VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Zwężenie żył: długotrwałe umieszczenie cewnika w żyłę, szczególnie podobojczykowej, może prowadzić do jej zwężenia lub zarośnięcia. Jest to najczęstsze powikłanie długotrwałego stosowania cewników w tej okolicy.

Nawrót zwężenia: nawet po zabiegu angioplastyki, powikłanie może nawrócić.

Krążenie oboczne: w przypadku utrudnionego odpływu krwi z żyły, może pojawić się poszerzenie powierzchownego układu żylnego.

Ryzyko odległych powikłań      [ ] małe      [ ] średnie      [ ] duże

#### VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z założenia stałego dostępu naczyniowego uniemożliwi prowadzenie regularnych hemodializ. Jest to stan bezpośredniego zagrożenia życia, który prowadzi do ciężkich powikłań i zgonu z powodu niewydolności nerek.

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

---

---

---

---



## IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego zabiegu

### ZAŁOŻENIA STAŁEGO (PERMANENTNEGO), TUNELOWEGO CEWNIKA DO HEMODIALIZ

W dniu \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / lekarz .....

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu założenia stałego (permanentnego), tunelowego cewnika 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 jego 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 założenia stałego (permanentnego), tunelowego cewnika 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 założenia stałego (permanentnego), tunelowego cewnika 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 założenia stałego (permanentnego), tunelowego cewnika do hemodializ. 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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am 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 **zabiegu założenia stałego (permanentnego), tunelowego cewnika 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu założenia tymczasowego (ostrego) cewnika 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