



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 OPERACJI POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH (BYPASSY, OPCAB/CABG)

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

Ograniczenie przepływu krwi w zwężonych tętnicach wieńcowych prowadzi do niedokrwienia mięśnia sercowego, które pacjent odczuwa, jako ból w klatce piersiowej (pieczenie, dławienie, ucisk za mostkiem) lub uczucie szybkiego męczenia się. Całkowita niedrożność jednej lub kilku tętnic wieńcowych może być przyczyną zawału serca.

Do operacji pomostowania tętnic wieńcowych kwalifikuje się chorych z objawową lub bezobjawową, ale zagrażającą życiu bądź zdrowiu, chorobą wieńcową. Koronarografia pozwala ocenić nasilenie oraz lokalizację zwężeń tętnic i możliwości wykonania pomostów wieńcowych.

Podczas operacji kardiochirurg dokonuje pomostowania tętnic wieńcowych za pomocą naczyń pobranych z innej części ciała (tętnicy piersiowej wewnętrznej z klatki piersiowej, tętnicy promieniowej z przedramienia lub żyły odpiszczelowej z nogi). Pomosty te doprowadzają krew poza miejscem zwężenia lub zamknięcia tętnicy wieńcowej, dzięki czemu serce otrzymuje odpowiednie ukrwienie.

### II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja wykonywana jest **w znieczuleniu ogólnym**. U części pacjentów może zostać wykonane w trakcie operacji przezprzełykowe badanie echokardiograficzne. Chirurg uzyskuje dostęp do serca przez podłużne przecięcie mostka (sternotomia). Operację może zostać wykonana z zastosowaniem lub bez zastosowania krążenia pozaustrojowego. Krążenie pozaustrojowe zastępuje czasowo w trakcie zabiegu czynność serca i płuc chorego. Wszczepienie pomostów wieńcowych polega na wykonaniu połączeń omijających (bypass) zwężenia w tętnicach wieńcowych, co poprawia ukrwienie serca. Jako pomosty pobierane i wykorzystywane są naczynia takie jak tętnica piersiowa wewnętrzna, tętnica promieniowa, żyła odpiszczelowa.

**Oczekiwane korzyści obejmują:** Zmniejszenie objawów dusznicy bolesnej (ból w klatce piersiowej), poprawa wydolności fizycznej, zmniejszenie ryzyka zawału serca, potencjalne wydłużenie 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 wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej kardiologicznej i kardiologicznej oraz stosowania leków przeci płytkowych (inaczej nazywane lekami antyagregacyjnymi). Szwy zdejmują się zwykle po 14 dniach.

### IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Angioplastyka wieńcowa (PCI) polega na poszerzeniu zwężonego odcinka tętnicy lub jej udrożnieniu. Zabieg wykonuje się korzystając z dostępu przezskórnego, tak jak przy wykonywaniu koronarografii. Przez plastikową rurkę, czyli cewnik, który sięga do ujścia tętnicy wieńcowej wprowadza się cienki metalowy drucik, czyli prowadnik, który delikatnie przesuwa się poprzez zwężenie. Po prowadniku wprowadzany jest cewnik ze specjalnym balonikiem. Po umieszczeniu w miejscu zwężenia balonik wypełnia się płynem pod wysokim ciśnieniem, w ten sposób poszerzając zwężone miejsce.

Wybór między przezskórną interwencją wieńcową (PCI) a pomostowaniem tętnic wieńcowych (OPCAB, CABG) zależy od wielu czynników, w tym od rozległości i lokalizacji zwężeń w naczyniach wieńcowych, obecności innych chorób współistniejących, a także preferencji pacjenta. PCI jest zazwyczaj preferowane w przypadku choroby jednego lub dwóch naczyń, podczas gdy CABG często jest rozważane w przypadku choroby trzech naczyń, pnia lewej tętnicy wieńcowej lub gdy PCI nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

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

Operacja żyłaków kończyn dolnych może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych):

- 1) Zgonu okołoperacyjnego.
- 2) Krwawienie śródoperacyjne i pooperacyjne wymagające ponownego otwarcia klatki piersiowej oraz toczenia pre paratów krwiopochodnych.
- 3) Niewydolność serca śród- i pooperacyjna mogąca wymagać zastosowania leków i/lub urządzeń wspomagających układ krążenia.
- 4) Zaburzenia rytmu serca mogące, w niektórych przypadkach wymagać wszczęcia stymulatora.
- 5) Zawał mięśnia serca.
- 6) Niewydolność nerek wymagająca hemodializy.
- 7) Niewydolność oddechowa wymagająca przedłużonej wentylacji respiratorem.
- 8) Infekcja rany pooperacyjnej.
- 9) Rozejście się i niestabilność mostka wymagające ponownego zeszczenia.
- 10) Powikłania neurologiczne.
- 11) Powikłania zatorowo - zakrzepowe (np. zatory tętnic obwodowych).
- 12) Odczyn po kardiotoronii wymagający nakłucia jamy osierdzia lub jamy opłucnowej.
- 13) Infekcyjne zapalenie wsierdzia.
- 14) Pooperacyjne zaburzenia świadomości.
- 15) Odma opłucnowa wymagająca założenia drenażu.
- 16) Krwawienia z przewodu pokarmowego.
- 17) Niedokrwienie/obrzęk przedramienia po pobraniu tętnicy promieniowej.
- 18) Obrzęk kończyny dolnej po pobraniu żyły odpiszczelowej.
- 19) Odleżyny.
- 20) Zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną).
- 21) Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
- 22) Powstania dużych, szpecących i przeszkadzających blizn, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Większość ww. powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

## 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 EuroScoreII \_\_\_\_\_

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

## VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Operacja pomostowania tętnic wieńcowych (OPCAB, CABG), jest metodą skutecznie poprawiającą ukrwienie mięśnia sercowego, zmniejszającą objawy dławicowe oraz ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, w tym zawału serca. W wielu przypadkach prowadzi do istotnej poprawy jakości życia oraz wydłużenia przeżycia, szczególnie u pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową, zajęciem pnia lewej tętnicy wieńcowej lub współistniejącą cukrzycą.

Prognoza pooperacyjna:

- Większość pacjentów doświadcza istotnej poprawy w zakresie objawów dławicowych oraz wydolności fizycznej.
- U wielu chorych obserwuje się poprawę rokowania odległego w porównaniu z leczeniem zachowawczym lub przezskórnym (PCI).
- Rokowanie zależy od wieku, współistniejących chorób (np. cukrzyca, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek) oraz funkcji lewej komory serca.

Możliwe powikłania odległe:

1. Nawroty dolegliwości wieńcowych:

- W wyniku progresji miażdżycy w innym miejscu lub niedrożności pomostów (szczególnie żylnych).
- Wymagają dalszej kontroli kardiologicznej i ewentualnych interwencji.

2. Zamknięcie pomostów:

- Pomosty żyłne mają mniejszą trwałość niż tętnicze.
- Utrata drożności może wystąpić po kilku lub kilkunastu latach, częściej w przypadku nieprzestrzegania zaleceń (np. palenie, brak leczenia farmakologicznego).

3. Niewydolność serca:

- Może się rozwinąć, jeśli doszło do trwałego uszkodzenia mięśnia sercowego przed operacją lub mimo poprawy ukrwienia.

4. Zaburzenia rytmu serca:

- Szczególnie migotanie przedsionków, może występować również po wielu miesiącach od zabiegu.

\*niepotrzebne skreślić



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

5. Powikłania neurologiczne (rzadziej):

- Trwałe deficyty neurologiczne są możliwe, ale rzadkie. Czasem zgłaszane są problemy z pamięcią i koncentracją (tzw. „zespół pooperacyjny”).

6. Powikłania infekcyjne (np. przewlekłe zapalenie mostka):

- Występują rzadko, ale ich leczenie może być długotrwałe i wymagające.

Ryzyko odległych powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

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

Rezygnacja z operacyjnego leczenia choroby wieńcowej może doprowadzić:

1. Zwiększone ryzyko zawału serca (ostrego zespołu wieńcowego):
  - Brak leczenia interwencyjnego może doprowadzić do całkowitego zamknięcia światła tętnicy i martwicy fragmentu mięśnia sercowego.
  - Zawał serca wiąże się z ryzykiem nagłego zgonu.
2. Nasilenie objawów dławicy piersiowej.
  - Ból w klatce piersiowej, duszność, uczucie zmęczenia i ograniczenie tolerancji wysiłku mogą się nasilać.
  - Objawy mogą pojawiać się przy coraz mniejszym wysiłku lub nawet w spoczynku (dławica niestabilna).
3. Zmniejszenie jakości życia:
  - Przewlekłe objawy choroby wieńcowej mogą prowadzić do ograniczenia codziennej aktywności, pogorszenia samopoczucia psychicznego i zwiększenia zależności od innych osób.
4. Zwiększone ryzyko niewydolności serca:
  - Niedokrwienie mięśnia sercowego przez dłuższy czas może prowadzić do jego osłabienia i rozwoju niewydolności serca (z objawami takimi jak obrzęki, duszność, zmęczenie).
5. Potrzeba pilnej interwencji w przyszłości:
  - W przypadku pogorszenia stanu zdrowia może zaistnieć konieczność przeprowadzenia zabiegu w trybie nagłym, co wiąże się z większym ryzykiem powikłań.

(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 POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH (BYPASSY, OPCAB/CABG)**

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat proponowanej operacji **pomostowania naczyń wieńcowych (BYPASSY, OPCAB/CABG)**.

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 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 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 **pomostowania naczyń wieńcowych (BYPASSY,OPCAB/CABG)**.

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 **pomostowania naczyń wieńcowych (BYPASSY,OPCAB/CABG)**.

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 **pomostowania naczyń wieńcowych (BYPASSY,OPCAB/CABG)**. 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 (pieczęć 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 zaproponowanej operacji pomostowania tętnic wieńcowych w następujący sposób:

\_\_\_\_\_

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

\_\_\_\_\_

data i godzina

\_\_\_\_\_

oznaczenie lekarza odbierającego  
oświadczenie (pieczęć i podpis)

\_\_\_\_\_

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej  
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego na przeprowadzenie **pomostowania naczyń wieńcowych (BYPASSY, OPCAB/CABG).**

(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

\_\_\_\_\_

pieczęć i podpis lekarza



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

#### Źródła:

- 1) Taggart, David P, and John D Puskas (eds), State of the Art Surgical Coronary Revascularization (Oxford , 2021; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2021);
- 2) (2017). Cohn L.H., & Adams D.H.(Eds.), Cardiac Surgery in the Adult, 5e. McGraw-Hill Education;
- 3) Choroba niedokrwienności serca: postępy w leczeniu chirurgicznym, red. nauk. S. Woś, Katowice, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, 2001;
- 4) Bailey John S. et al., Zarys kardiologii, red. Z. Religa, Warszawa, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 1993.