



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 LECZENIE NERKOZASTĘPCZE METODĄ HEMODIALIZY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani zaawansowane -V stadium przewlekłej choroby nerek. Jest to zespół objawów ujawniający się na skutek daleko posuniętego upośledzenia funkcji tego narządu. Głównym zadaniem nerek jest oczyszczanie krwi ze szkodliwych produktów przemiany materii. Zaburzenie tej funkcji sprawia, że w organizmie gromadzą się groźne i toksyczne substancje, zwane toksynami mocznicowymi, które upośledzają działanie innych narządów. Dochodzi także do zaburzenia wydalania wody z organizmu powodując powstawanie i narastanie obrzęków, gromadzenia się wody w narządach prowadząc do ich niewydolności a także dochodzi do narastania zaburzeń gospodarki kwasowo - zasadowej, co prowadzi do kwasicy. Schyłkowa niewydolność nerek jest wskazaniem do rozpoczęcia i kontynuacji terapii nerkozastępczej.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Hemodializa to zabieg pozaustrojowego oczyszczania krwi mający zastosowanie w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby nerek. Procedura ta polega na usuwaniu nadmiaru toksyn, elektrolitów i płynów z krwi osób, u których nerki nie są w stanie wykonać tego zadania z powodu choroby narządu lub ogólnie złego stanu zdrowia pacjenta. Ponadto zabieg hemodializy umożliwia korektę zaburzeń gospodarki kwasowo - zasadowej oraz zaburzeń elektrolitowych.

Hemodializa polega na oczyszczaniu krwi przy użyciu specjalistycznego sprzętu zwanego dializatorem. Składa się on z cienkich kapilar, zbudowanych z półprzepuszczalnej membrany, a całość zamknięta jest w cylindrze zbudowanym z tworzywa sztucznego. W kapilarach płynie krew, a na zewnątrz kapilar płyn dializacyjny.

Wymiana pomiędzy krwią pacjenta a płynem dializacyjnym powoduje, że z osocza przedostają się do płynu dializacyjnego toksyczne produkty przemiany materii, natomiast z płynu dializacyjnego do osocza przechodzą te substancje, których brakuje w organizmie w niewydolności nerek np. wodorowęglany czy wapń.

Transport przez błonę zachodzi w obu kierunkach, a w trakcie zabiegu hemodializy dochodzi do stopniowego wyrównania stężeń substancji pomiędzy osoczem a płynem dializacyjnym.

Zabieg hemodializy wymaga odpowiedniego dostępu naczyniowego, który najczęściej zapewnia przetoka dializacyjna wytworzona z własnych naczyń pacjenta / lub z zastosowaniem protezy naczyniowej.

Podczas zabiegu hemodializy krew wypływa przez dostęp naczyniowy, do którego podłączona jest linia dializacyjna następnie wpływa do dializatora, gdzie jest oczyszczana i powraca do organizmu pacjenta przez linie dializacyjne podłączone do dostępu naczyniowego. Takie wielokrotne przepompowywanie krwi na zewnątrz ciała do dializatora, zapewnia optymalne wyrównanie zaburzeń pacjenta.

Aby dializa była adekwatna, objętość krwi wydializowanej w trakcie zabiegu powinna być co najmniej równa optymalnej masie pacjenta (pacjent 75 kg — objętość krwi 75 l). Czas zabiegu hemodializy może trwać od 3 do 5 godzin.



W trakcie zabiegu Pacjent otrzymuje heparynę niefrakcjonowaną / heparynę drobnocząsteczkową w celu zapobiegania wykrzepiania krwi w układzie dializacyjnym. W przypadku obecności przeciwwskazań do stosowania leczenia przeciwkrzepliwego, zabieg hemodializy jest poprowadzony bez wyżej wymienionych leków, a co 15-20 min układ linii i dializator jest przepłukiwany 200 ml 0,9% NaCl- co zapobiegnie wykrzepianiu.

Nie stosujemy znieczulenia, ponieważ zabieg hemodializy jest zabiegiem bezbolesnym nie wymagającym użycia środków znieczulających.

Nakłucie przetoki obarczone jest niewielką bolesnością (porównywalna do np.: pobraniu krwi), nie wymagającą podania znieczulenia

Oczekiwane korzyści. Hemodializa skutecznie usuwa z organizmu toksyn i nadmiaru płynów, co poprawia jakość życia, utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi oraz lepsze samopoczucie. Metoda pozwala na usunięcie nadmiaru wody z organizmu, co jest niezbędne do utrzymania prawidłowego bilansu płynów. Skuteczna dializa prowadzi do stabilizacji ciśnienia krwi, poprawy odżywienia i ogólnego samopoczucia pacjenta.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zakończeniu zabiegu będzie Pan/Pani mógł/a opuścić stanowisko dializacyjne samodzielnie lub w asyście personelu pielęgniarskiego. Jeśli korzysta Pan/Pani z transportu medycznego, będzie Pan/Pani oczekiwał/a na transport w miejscu wyznaczonym. Konieczne dbanie o higienę okolicy dostępu naczyniowego. Stosowanie diety zaleconej przez lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie nerkozastępcze to metody terapii, które pozwalają na zastąpienie funkcji nerek zniszczonych przez proces chorobowy. Do metod leczenia nerkozastępczego poza hemodializą należy hemodiafiltracja i dializa otrzewnowa.

Dializa otrzewnowa to metoda leczenia nerkozastępczego, która wykorzystuje błonę otrzewnową znajdującą się w jamie brzusznej do oczyszczania krwi z toksyn i nadmiaru płynów.

Błona otrzewnowa działa jak „naturalny dializator”, gdyż jest ona przepuszczalna dla wody oraz wielu substancji, które mogą przechodzić z krwi do płynu dializacyjnego, wpuszczanego do jamy otrzewnej przez odpowiedni dostęp - cewnik dializacyjny, jak również w kierunku przeciwnym tj. z płynu dializacyjnego do krwi. Płyn dializacyjny wpuszczany jest do jamy otrzewnej, a następnie drenowany za zewnątrz.

Hemodiafiltracja (HDF) to metoda leczenia nerkozastępczego, która w odróżnieniu od tradycyjnej hemodializy, wykorzystuje zarówno dyfuzję, jak i konwekcję do oczyszczania krwi. Tą metodą usuwane są nie tylko małe cząsteczki, ale również średnie cząsteczki, co może być korzystne dla pacjentów z pewnymi schorzeniami. Ministerstwo Zdrowia, zgodnie z rozporządzeniem, określiło grupy pacjentów, u których HDF może być rozważana jako zabieg pozaustrojowego oczyszczania krwi. Są to grupy Pacjentów:

1. ze współistniejącą niestabilnością hemodynamiczną (np. hipotensją śróddializacyjną).
 2. ze źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym objętościowo - zależnym.
 3. z amyloidozą.
 4. pacjentki w ciąży,
- pod warunkiem osiągnięcia odpowiedniej objętości konwekcji krwi - powyżej 20 l na sesję hemodiafiltracji (HDF) na sesję HDF.



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

1. Powikłania związane z dostępem naczyniowym - przetoką: ból w miejscu wkłucia, wynaczynienie, krwiak, krwawienie, przedłużające się tamowanie po hemodializie, zapalenie przetoki, zwężenie przetoki, tętniaki przetoki, przekłucie przetoki w trakcie zabiegu, pęknięcie przetoki, zakrzepica.
2. Powikłania związane z dostępem naczyniowym cewnikiem - zła funkcja / brak funkcji cewnika, zakażenie odcewnikowe o różnym nasileniu.
3. Hipotonia (obniżenie ciśnienia krwi, osłabienie, nudności, utrata przytomności).
4. Kurcze mięśni (kurcze zwłaszcza w 2 połowie dializy towarzyszące spadkom ciśnienia tętniczego).
5. Świąd skóry.
6. Odczyny gorączkowe (gorączka, dreszcze, pogorszenie samopoczucia, nudności).
7. Zespół pierwszego użycia dializatora (duszność, niepokój, uczucie zagrożenia).
8. Zespół niewyrównania (może zdarzyć się w 1 fazie dializoterapii: niepokój, bóle głowy, nudności, wymioty, dezorientacja, drżenia mięśniowe).
9. Nadciśnienie śródodializacyjne (wzrost ciśnienia tętniczego w czasie lub bezpośrednio po zabiegu hemodializy).
10. Zator powietrzny (powikłanie bardzo rzadkie ze względu na obecność czujników powietrza, objawia się niepokojem, kaszlem, dusznością, zaburzeniami rytmu serca, bólem w klatce piersiowej, utratą przytomności, drgawkami, może doprowadzić do zgonu).
11. Hemoliza (objawiająca się bólem pleców, bólem w klatce piersiowej, dusznością, bólem ręki po stronie przetoki, zmianą zabarwienia skóry).
12. Amyloidoza „dializacyjna”.

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: _____

Ryzyko powikłań [] małe [x] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Prognoza po hemodializie zależy od stanu ogólnego pacjenta, chorób współistniejących, przyczyny niewydolności nerek oraz jakości prowadzonej terapii. Po prawidłowo wykonanej hemodializie zwykle obserwuje się poprawę stanu klinicznego, ustąpienie obrzęków, duszności, dobra kontrolę ciśnienia tętniczego oraz stabilizację parametrów biochemicznych. U większości pacjentów poprawa pojawia się w ciągu kilku godzin i utrzymuje się do kolejnej dializy.

U części pacjentów w okresie pozabiegowym mogą wystąpić przejściowo objawy, które ustępują samoistnie, takie jak:

- zmęczenie, osłabienie – najczęstsze, wynikające ze zmian ciśnienia i przesunięć elektrolitowych,
- spadek ciśnienia tętniczego w trakcie lub po zabiegu,
- skurcze mięśni (zwykle łydek) z powodu zmian elektrolitowych,
- bóle głowy, związane zwykle ze spadkiem ciśnienia,
- nadmierne pragnienie po usunięciu nadmiaru płynów.



Pacjenci przestrzegający zaleceń zwykle tolerują dializoterapię stabilnie przez wiele lat.

Ryzyko odległych powikłań ☐ małe ☒ średnie ☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia nerkozastępczego doprowadzi do nasilenia objawów mocznicy objawiających się zaburzeniami ze strony wszystkich układów: nerwowego, sercowo - naczyniowego, oddechowego, pokarmowego, krwiotwórczego, odpornościowego, kostnego, prowadząc do zgonu pacjenta.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO METODĄ HEMODIALIZY

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy**. 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 leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy.

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 leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy.

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 leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy. 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 leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy** 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 leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy.**

(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