



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 TORAKOCENTEZY

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani nadmiar płynu w jamie opłucnej (przestrzeni między płucem a ścianą klatki piersiowej). Może to powodować trudności w oddychaniu, kaszel lub ból w klatce piersiowej. Aby ustalić przyczynę i złagodzić objawy, konieczne jest wykonanie nakłucia jamy opłucnowej (torakocentezy) oraz pobranie płynu do badań. Zabieg pomoże także zmniejszyć ilość płynu i poprawić komfort oddychania oraz pozwoli lekarzowi ustalić dalsze leczenie.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg może być wykonany w celu:

- diagnostycznym - pobrania próbki płynu z jamy opłucnej, aby ustalić przyczynę jego gromadzenia,
- leczenia - usunięcia nadmiaru płynu z jamy opłucnej, co pomaga zmniejszyć dolegliwości.

Zabieg wykonywany jest **w znieczuleniu miejscowym**, co oznacza, że pacjent pozostaje przytomny, a znieczulone jest tylko miejsce wkłucia. Do znieczulenia stosuje się lek w formie zastrzyku.

Pacjent zwykle siedzi, lekko pochylony do przodu. Lekarz po dokładnym oczyszczeniu skóry wprowadza cienką igłę lub cewnik do przestrzeni między płucami a ścianą klatki piersiowej, aby odprowadzić płyn. Czasami używa się aparatu USG, który pomaga dokładnie umieścić igłę. Po zabiegu miejsce wkłucia zabezpiecza się jałowym opatrunkiem. Cała procedura trwa zwykle około 15-30 minut.

Oczekiwane korzyści obejmują:

- możliwość ustalenia przyczyny gromadzenia się płynu w płucach,
- natychmiastowa poprawa oddychania i zmniejszenie uczucia duszności.

(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, zazwyczaj przez co najmniej 1–2 godziny, w celu monitorowania stanu ogólnego i wczesnego wykrycia ewentualnych powikłań. Zwykle wykonuje się kontrolne zdjęcie RTG klatki piersiowej w celu wykluczenia odmy opłucnowej.

Pacjent powinien leżeć na boku nakłuwanym, chyba że lekarz zaleci inaczej.

Należy niezwłocznie zgłaszać personelowi medycznemu wystąpienie objawów takich jak:

- nasilająca się duszność,
- ból w klatce piersiowej,
- uporczywy kaszel,
- szybkie tętno lub zawroty głowy,
- gorączka lub dreszcze.

Pacjent powinien unikać nadmiernego wysiłku fizycznego w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Wybór metody leczenia zależy od przyczyny nagromadzenia płynu lub powietrza w opłucnej oraz od ogólnego stanu pacjenta. Oprócz nakłucia opłucnej możliwe są:

1. Obserwacja i leczenie przyczynowe:
 - stosowane, gdy ilość płynu jest niewielka lub odma nie powoduje dolegliwości
 - polega na regularnym monitorowaniu stanu pacjenta i wykonywaniu kontrolnych badań obrazowych
 - może obejmować leczenie choroby podstawowej, np. przy infekcji, niewydolności serca lub chorobie nowotworowej, aby ograniczyć gromadzenie się płynu
2. Drenaż opłucnej:
 - wprowadzenie cewnika do jamy opłucnej w celu odprowadzenia płynu przez dłuższy czas.
 - stosowany, gdy ilość płynu jest duża lub nakłucie nie wystarcza.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy nakłucie lub drenaż nie przynoszą efektu, lekarz może rozważyć inne procedury, takie jak pleurodeza (zespajanie opłucnej w celu zapobiegania nawrotom).

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

Podczas i po zabiegu mogą wystąpić pewne niepożądane skutki:

Wczesne (od razu lub wkrótce po zabiegu):

- ból w miejscu nakłucia.
- gromadzenie się powietrza w jamie opłucnej (odma opłucnowa).
- krwawienie do jamy opłucnej.
- zawroty głowy, osłabienie lub omdlenia związane z reakcją nerwową (odruch wazowagalny).
- reakcje niepożądane na leki stosowane miejscowo do znieczulenia lub środki dezynfekujące.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Późne (po kilku dniach lub tygodniach):

- zakażenie skóry w miejscu nakłucia
- gromadzenie się ropnego płynu w jamie opłucnej (ropniak)
- w rzadkich przypadkach możliwość przeniesienia komórek nowotworowych wzdłuż drogi wkłucia, szczególnie przy niektórych rodzajach nowotworów opłucnej (np. międzybłoniaku).

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, zaawansowana choroba płuc: POChP, rozedma, wyniszczenie, trudny dostęp do jamy opłucnej: blizny, zrosty).

Dla zabiegów „małych”

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 TORAKOCENTEZY

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

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 torakocentezy

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 torakocentezy

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 torakocentezy. 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 torakocentezy** 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 torakocentezy**

(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