



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
ZABIEGU REOPERACJI PLASTYKI/WYMIANY ZASTAWKI TRÓJDZIELNEJ
(z dostępu przez sternotomię)**

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Serce człowieka składa się z czterech jam: dwóch przedsionków (lewego i prawego) oraz dwóch komór (lewej i prawej). Kierunek przepływu krwi pomiędzy nimi wymuszany jest przez jednokierunkowe zawory zwane zastawkami. Nieprawidłowość funkcji zastawki może polegać na jej niedomykalności (umożliwia nieprawidłowy, zwrotny przepływ krwi) lub zwężeniu (utrudnia przepływ krwi w kierunku fizjologicznym). Nieprawidłowa funkcja zastawki może wystąpić również u pacjentów po przebytej w przeszłości naprawie (plastyce) zastawki lub jej wymianie (dotyczy zarówno protez biologicznych, jak i mechanicznych). Przyczyny konieczności reoperacji zastawki trójdzielnej obejmują min.: niedomykalność zastawki po wcześniejszej plastyce, zwłóknienie, wapnienie, pęknięcie płatków bioprotezy, zakrzepica zastawki lub unieruchomienie elementu zastawki (dotyczy głównie zastawek mechanicznych), infekcyjne zapalenie wsierdza, stenozę zastawki, powikłania po elektroterapii (stymulator, ICD).

Reoperacja polega na ponownej naprawie lub wymianie protezy zastawkowej na kolejną. Z uwagi na zrosty po pierwotnej operacji reoperacja wiąże się z większym ryzykiem powikłań, min. większą śmiertelnością okołoperacyjną, większym ryzykiem krwawienia, większym ryzykiem uszkodzenia struktur serca i śródpiersia, dłuższym czasem operacji i czasem krążenia pozaustrojowego, koniecznością dłuższej hospitalizacji.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg operacyjny wykonywany jest w **znieczuleniu ogólnym**. W większości przypadków w trakcie zabiegu wykonywane jest przezprzełykowe badanie echokardiograficzne. Chirurg uzyskuje dostęp do serca przez podłużne przecięcie mostka- sternotomię (w przypadku pierwotnej operacji robotycznej lub z dostępu przez torakotomię) lub re-sternotomię (usunięcie drutów i ponowne przecięcie mostka).

Do wykonania takiej operacji konieczne jest zastosowanie aparatu do krążenia pozaustrojowego, czyli maszyny czasowo zastępującej funkcję serca i płuc. Krążenie pozaustrojowe może zostać podłączone centralnie (poprzez kaniulację aorty wstępującej, żyły głównej górnej i żyły głównej dolnej) lub przez naczynia udowe – dostęp uzyskany chirurgicznie (poprzez nacięcie skóry i tkanek podskórnych) lub przezskórnie. Podczas operacji konieczne jest zatrzymanie serca – odpowiedni przepływ krwi przez kluczowe organy (OUN, jelita, nerki) zabezpieczony pozostanie przez krążenie pozaustrojowe.

Śródoperacyjnie wykonana zostaje chirurgiczna ocena zastawki oraz podjęta zostaje ostateczna decyzja o rodzaju zabiegu – wymiany/naprawy zastawki. W przypadku reoperacji najczęściej konieczne będzie usunięcie natywnej zastawki (wraz z elementami użytymi do jej naprawy podczas operacji pierwotnej) lub protezy zastawkowej (biologicznej lub mechanicznej). W jej miejsce wszczepiana jest nowa mechaniczna lub biologiczna proteza zastawkowa.

Zastawka mechaniczna jest protezą niezniszczalną, ale wymaga stosowania leków przeciwzakrzepowych pod kontrolą ich poziomu we krwi (wskaźnika QUICKA lub INR). Zastawki biologiczne w większości wypadków nie wymagają przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego natomiast ze względu na naturalny proces ich degeneracji mogą wymagać ponownej wymiany po około 10-15 latach.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

ZALECENIA DOTYCZĄCE WYBORU PROTEZY ZASTAWKOWEJ

Protezy mechaniczne

- Protezę mechaniczną zaleca się, jeżeli takie jest życzenie dobrze poinformowanego pacjenta i nie ma przeciwwskazań do długotrwałego leczenia przeciwzakrzepowego.
- Protezę mechaniczną zaleca się u pacjentów z grupy ryzyka przyspieszonej dysfunkcji strukturalnej protezy zastawkowej.
- Należy rozważyć wszczepienie protezy mechanicznej u pacjentów przeciwwskazanych do ponownej wymiany protezy zastawkowej wszczepionej w innej pozycji.
- Należy rozważyć protezy mechaniczne u pacjentów w wieku <60 lat w przypadku zastawki w pozycji mitralnej i <65 lat w przypadku zastawki w pozycji aortalnej.
- Należy rozważyć protezy mechaniczne zamiast biologicznych u młodych dorosłych z ograniczoną długością życia, u których przyjęcie protezy biologicznej lub TAVI (jeśli takie leczenie byłoby właściwe) wiązałoby się z dużym ryzykiem.
- Nie należy rozważać protez mechanicznych u pacjentów niewspółpracujących w leczeniu przeciwzakrzepowym z powodu dużego ryzyka zatorowo-zakrzepowego.

Protezy biologiczne

- Protezę biologiczną zaleca się, jeżeli takie jest życzenie dobrze poinformowanego pacjenta.
- Protezę biologiczną należy rozważyć u pacjentów mających małe prawdopodobieństwo bezpiecznego i odpowiedniego leczenia przeciwzakrzepowego, np. z powodu wysokiego ryzyka krwawienia, chorób współistniejących lub trudności w monitorowaniu leczenia.
- Należy rozważyć protezę biologiczną u pacjentów z krótką oczekiwaną długością życia.
- Należy rozważyć protezę biologiczną u pacjentów z przeciwwskazaniem do ponownej operacji w razie dysfunkcji protezy mechanicznej.
- Należy rozważyć protezę biologiczną u pacjentów z przewidywanym wysokim ryzykiem powikłań krwotocznych i/lub ryzykiem chirurgicznym związanym z leczeniem przeciwzakrzepowym.
- Należy rozważyć protezę biologiczną u młodych kobiet planujących ciążę.
- Należy rozważyć protezę biologiczną u pacjentów >65 lat w przypadku zastawki aortalnej i >70 lat w przypadku zastawki mitralnej.
- Można rozważyć protezę biologiczną u pacjentów leczonych przewlekłe NOAC z powodu dużego ryzyka zatorowo-zakrzepowego.

Oczekiwanymi korzyściami z reoperacji zastawki trójdzielnej są zmniejszenie obrzęków, poprawa oddychania i wydolności fizycznej, ustąpienie zastoju żylnego oraz poprawa funkcji prawej komory serca. Zabieg może także zapobiec dalszemu pogarszaniu się pracy serca i poprawić jakość życia pacjenta.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po reoperacji zastawki trójdzielnej pacjent powinien pozostawać pod regularną opieką poradni kardiologicznej oraz kardiochirurgicznej.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W pierwszych tygodniach po zabiegu istotne jest przestrzeganie zaleceń dotyczących gojenia mostka – należy unikać dźwigania ciężarów powyżej 2–3 kg, nie wykonywać gwałtownych ruchów kończynami górnymi ani nacisków na klatkę piersiową. Wskazane jest spanie na plecach oraz ostrożne wstawanie z pozycji leżącej. Po operacjach wykonywanych z dostępu przez sternotomię, pacjent powinien nosić specjalną kamizelkę stabilizującą klatkę piersiową przez okres zazwyczaj ok. 3 miesięcy. Kamizelka ta ma na celu ochronę mostka przed rozsunieniem, zmniejszenie bólu podczas ruchu, kaszlu lub wstawania oraz przyspieszenie i poprawę gojenia się kości mostka. Zaleca się noszenie kamizelki codziennie, przez większą część dnia.

W przypadku wszczepienia zastawki mechanicznej konieczne jest stałe, dożywotnie przyjmowanie doustnych leków przeciwzakrzepowych (antagonistów witaminy K), z regularnym kontrolowaniem wskaźnika INR w zakresie ustalonym przez lekarza. Przy zastawce biologicznej leczenie przeciwzakrzepowe jest zwykle stosowane tylko przez kilka miesięcy po operacji.

W przypadku pacjentów z protezą zastawkową konieczna jest profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdza – przed planowymi zabiegami stomatologicznymi lub operacyjnymi należy stosować antybiotykoterapię zgodnie z zaleceniami lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W przypadku konieczności reoperacji zastawki trójdzielnej podstawową metodą leczenia pozostaje ponowna operacja kardiologiczna – wymiana lub plastyka zastawki. W wybranych sytuacjach, szczególnie u pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem operacyjnym, możliwe jest zastosowanie przezcewnikowych metod małoinwazyjnych, takich jak implantacja zastawki trójdzielnej do istniejącej protezy (tzw. valve-in-valve), lub przezcewnikowa naprawa zastawki (np. systemy klipsowe lub pierścieniowe). Ich dostępność zależy od anatomii serca, rodzaju wcześniejszej operacji i doświadczenia ośrodka.

U pacjentów niekwalifikujących się do reoperacji stosuje się leczenie zachowawcze – głównie farmakologiczne – ukierunkowane na zmniejszenie objawów przewodnienia (leki moczopędne), poprawę pracy serca oraz kontrolę rytmu serca. Należy jednak pamiętać, że leczenie zachowawcze nie koryguje przyczyny i nie zapobiega dalszemu pogarszaniu się funkcji serca.

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

1. Ryzyko zgonu okołoperacyjnego wynosi:....., wynika z obecności zrostów pooperacyjnych w śródpiersiu, zależy min. od zakresu zabiegu operacyjnego, zaawansowania niewydolności serca, wieku oraz chorób współistniejących.
2. Krwawienie śródoperacyjne i pooperacyjne wymagające ponownego otwarcia klatki piersiowej oraz toczenia preparatów krwiopochodnych.
3. Rozejście się i niestabilność mostka wymagające ponownego zeszczenia.
4. Niewydolność serca śród-i pooperacyjna mogąca wymagać zastosowania leków i/lub urządzeń wspomagających układ krążenia.
5. Zaburzenia rytmu serca mogące, w niektórych przypadkach wymagać wszczepienia stymulatora.
6. Zawał mięśnia serca.
7. Przejściowa niewydolność nerek w rzadkich przypadkach wymagająca hemodializy.
8. Niewydolność oddechowa wymagająca przedłużonej wentylacji respiratorem.
9. Infekcja rany pooperacyjnej.
10. Powikłania neurologiczne.
11. Powikłania zatorowe (np. zatory tętnic obwodowych).
12. Odczyn po kardiotoronii wymagający nakłucia jamy osierdza lub jamy opłucnowej.
13. Infekcyjne zapalenie wsierdza.
14. Okołooperacyjne zaburzenia świadomości.
15. Odma opłucnowa wymagająca założenia drenażu.
16. Krwawienia z przewodu pokarmowego.
17. Odleżyny.



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 EuroScore II _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Reoperacja zastawki trójdzielnej wiąże się z większym ryzykiem niż zabieg pierwotny, ale w wielu przypadkach pozwala na poprawę krążenia żylnego, zmniejszenie obrzęków i poprawę jakości życia. U części pacjentów obserwuje się ustąpienie objawów przewlekłej niewydolności prawego serca oraz lepszą kontrolę rytmu serca.

Do powikłań odległych należą m.in. nawrót niedomykalności (w przypadku plastyki), degeneracja zastawki biologicznej lub zakrzepica protezy mechanicznej. Możliwe są także przecieki okołozastawkowe, infekcyjne zapalenie wsierdzia oraz postępujące uszkodzenie prawej komory serca. Reoperacja wiąże się również z ryzykiem zaburzeń gojenia mostka i ogólnym obciążeniem organizmu, dlatego rokowanie zależy od wieku pacjenta, chorób towarzyszących oraz ogólnego stanu serca.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z proponowanego leczenia operacyjnego zastawki trójdzielnej, szczególnie w przypadku istotnej niedomykalności lub dysfunkcji protezy, może prowadzić do dalszego pogorszenia funkcji prawej komory serca oraz postępującej niewydolności krążenia. Nieleczona wada może skutkować nasilającymi się obrzękami kończyn dolnych, wodobrzuszem, przewlekłym zmęczeniem oraz zastojem w narządach wewnętrznych, w tym w wątrobie i nerkach. W miarę postępu choroby możliwe są także zaburzenia rytmu serca, pogorszenie czynności oddechowej i wzrost ryzyka zgonu. Leczenie zachowawcze łagodzi objawy, ale nie zatrzymuje postępu choroby ani nie usuwa przyczyny wady.

(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
REOPERACJI PLASTYKI/WYMIANY ZASTAWKI TRÓJDZIELNEJ
(z dostępu przez sternotomie)**

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej reoperacji plastyki/wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomie)**.

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



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Klinika Kardiologii i Transplantologii

Wydanie I obow. od 13.11.2025 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 13.11.2025 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej **reoperacji plastyki/wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomię).**

W przypadku konieczności wymiany zastawki wyrażam preferencję wykorzystania protezy:

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 **reoperacji plastyki/wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomię).**

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 reoperacji plastyki/wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomię) 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 **reoperację plastyki/ wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomie)** 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 reoperacji plastyki/wymiany zastawki trójdzielnej (z dostępu przez sternotomie)**

(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



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Klinika Kardiologii i Transplantologii

Wydanie I obow. od 13.11.2025 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 13.11.2025 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Źródła

- 1) 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease
- 2) Adams, D. H., & Cohn, L. H. (Eds.), Cardiac Surgery in the Adult (5th ed.), McGraw-Hill Education, 2017.
- 3) 2024 EACTS/EACTAIC/EBCP Guidelines on cardiopulmonary bypass in adult cardiac surgery
- 4) Smith R, Darby C, editors. Operative cardiac surgery. 6th ed. Boca Raton: CRC Press; 2017.
- 5) Kouchoukos, Nicholas T., Eugene H. Blackstone, Frank L. Hanley, and James K. Kirklin, eds. Kirklin/Barratt-Boyes Cardiac Surgery. 4th ed. Philadelphia: Elsevier, 2013