



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 WSZCZEPIENIE WEWNĄTRZNA CZYNIOWEJ PROTEZY DO AORTY PIERSIOWEJ (THORACIC ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR, TEVAR)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani tętniaka aorty piersiowej wymagającego leczenia operacyjnego. Tętniak to patologiczne poszerzenie tętnicy, które może występować w różnych częściach aorty. Tętniak aorty piersiowej nie wywołuje charakterystycznych objawów. Może prowadzić do poważnych powikłań, w tym do pęknięcia aorty, zatorowości obwodowej, rozwarstwienia, co stanowi zagrożenie dla życia.

W zależności od charakteru i średnicy tętniaka zalecane jest leczenie zachowawcze redukcja czynników ryzyka wzrostu tętniaka połączone z monitorowaniem jego średnicy lub leczenie operacyjne. Aktualnie dostępne sposoby operacyjnego leczenia tętniaka aorty piersiowej obejmują operację klasyczną i leczenie wewnątrznacyniowe. Z uwagi na istotnie mniejsze ryzyko zgonu okołooperacyjnego, powikłań oraz mniejszą inwazyjność, aktualne zalecenia towarzystw naukowych w dziedzinie chirurgii naczyniowej jako metodę pierwszego wyboru u większości chorych uznają zabieg wewnątrznacyniowy. Na podstawie przeprowadzonych badań prowadzący lekarz zakwalifikował Pana/Panią do operacyjnego leczenia tętniaka aorty piersiowej poprzez wszczepienie protezy wewnątrznacyniowej (thoracic endovascular aortic repair, TEVAR).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Aortalna proteza wewnątrznacyniowa (stentgraft) to specjalny rodzaj protezy naczyniowej wytworzonej z materiału sztucznego połączony ze specjalnymi metalowymi stentami mocującymi ją do ściany aorty. Stentgraft jest indywidualnie wymiarowany i dobierany dla pacjenta. Stentgraft wprowadzany jest wewnątrznacyniowo do aorty w postaci złożonej w specjalnym systemie wprowadzającym i rozprężany w świetle naczynia. Zabieg wykonywany jest pod kontrolą radiologiczną (angiografii) i wykorzystaniem środków cieniujących podawanych do światła naczynia, rzadziej pod kontrolą ultrasonografii wewnątrznacyniowej. Przed operacją konieczne jest wykonanie badania obrazowego angiografii tomografii komputerowej (rzadziej rezonansu magnetycznego), co umożliwia dobranie odpowiedniego stentgraftu. Operacja ma na celu wyłączenie tętniaka aorty piersiowej z krwioobiegu co zapobiega jego pęknięciu. Wskazaniami do operacji są tętniaki aorty o średnicy przekraczającej 55mm, rozwarstwienia, penetrujące owrzodzenia aorty (PAU), krwiaki śródścienne oraz pęknięcia samoistne oraz pourazowe. W zależności od anatomii tętniaka, rozległości patologii stosowane są stentgrafty o różnej budowie zazwyczaj proste (posiadające, nieposiadające tzw. Korony fragment niepowlekany protezą naczyniową, o stałej średnicy lub zwężające się (taperowane). Czasami wszczepia się stentgrafty z odnogą do tętnicy podobojczykowej, a nawet tętnicy szyjnej wspólnej lewej i pnia ramienno-głowego. Znacząco zwiększa to trudność zabiegu, jednak umożliwia zastosowanie leczenia wewnątrznacyniowego u większej liczby chorych. Zabieg może być przeprowadzony **w znieczuleniu miejscowym**, w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym. Dostęp do tętniaka uzyskuje się wewnątrznacyniowo, najczęściej przez tętnice udowe, przez ich odsłonięcie chirurgiczne lub przezskórne nakłucie.

Schematyczny przebieg zabiegu: wszczepienie aortalnej protezy wewnątrznacyniowej (stentgraft) wykonywane jest na sali operacyjnej spełniającej warunki aseptyki, wyposażonej w niezbędny sprzęt medyczny: przezierny stół operacyjny, aparat do znieczulenia, angiograf, ramię C i aparat ultrasonograficzny. Przed operacją wykonuje się badania dodatkowe a chory jest konsultowany przez anestezjologa. W przypadku współwystępujących chorób dodatkowych powinien być skonsultowany przez internistę, kardiologa lub nefrologa (w zależności od rodzaju dodatkowych chorób).



Do operacji zabezpieczany jest koncentrat krwinek czerwonych. Chory do przeprowadzenia operacji musi być na czczo bez jedzenia 6 godzin przed zabiegiem, bez picia 2 godziny. Płyny doustne może przyjmować jedynie do popicia leków. Przed zabiegiem chory powinien mieć ostrzyżone obie pachwiny oraz całą klatkę piersiową i brzuch (jeżeli w trakcie zabiegu zajdzie konieczność konwersji do zabiegu klasycznego i otwarcia klatki piersiowej). Przed zabiegiem będą założone dożylnie wkłucia obwodowe, a w razie potrzeby zespół anestezjologiczny zakłada również wkłucie tętnicze i/lub centralne, a do pęcherza moczowego wprowadza się cewnik Foleya.

W czasie zabiegu chory leży na stole operacyjnym na plecach, w razie konieczności zapewnienia dodatkowego dostępu przez tętnicę ramienną, konieczne odwiedzenie kończyny górnej pod kątem 90° i ułożenie jej na stoliku bocznym. Po podłączeniu urządzeń monitorujących, przygotowuje się pole operacyjne, jałowo myje się skórę i okłada pole operacyjne w obu pachwinach i na brzuchu. Znieczulenie do operacji wszczęcia stentgraftu aorty piersiowej uzależnione jest od szeregu czynników w szczególności budowy ciała chorego, współistniejących chorób, oczekiwanego czasu operacji oraz trybu operacji. Stosowane jest znieczulenie ogólne, przewodowe lub miejscowe nasiętkowe 1% lignokainą. Następnym etapem operacji jest uzyskanie dostępu do tętnicy udowej przez chirurgiczne wypreparowanie lub jeśli jest to możliwe przezskórnie nakłucie. W przypadku operacyjnego dostępu wykonuje się cięcia chirurgiczne w pachwinie, wypreparowuje się tętnicę udową przygotowując miejsce do wprowadzenia specjalnych koszulek (śluz) naczyniowych i późniejszego zeszcicia. W przypadku dostępu przezskórnego wykorzystywane jest obrazowanie ultrasonograficzne. Nakłuwa się tętnicę udową i wprowadza do jej światła prowadniki, cewniki a następnie protezę wewnątrznaczyniową (stentgraft). Pod kontrolą radiologiczną, po uwidocznieniu całego tętniaka, tętnic nerkowych, biodrowych, odpowiednio pozycjonuje się stentgraft i uwalnia protezę kotwicząc ją za pomocą stentów do ściany aorty. U części chorych dopręża się stentgraft balonem. Kolejnym etapem jest kontrolna arteriografia, badanie radiologiczne z podaniem środka cieniującego, za pomocą którego ocenia się skuteczność wyłączenia tętniaka aorty brzusznej z krwioobiegu, drożność tętnic nerkowych, biodrowych, obecność ewentualnych przecieków. Jeśli nie stwierdza się nieprawidłowości usuwane są narzędzia wewnątrznaczyniowe, miejsce nakłucia tętnicy zamykane jest szwami naczyniowymi (w przypadku otwartego wypreparowania) lub specjalnymi zamykaczami (w przypadku dostępu przezskórnego). Po uzyskaniu hemostazy (braku krwawienia) zamykana jest rana i zakładane są jałowe opatrunki.

Zabieg wszczęcia protezy wewnątrznaczyniowej do tętniaka aorty piersiowej czasami wymaga dodatkowych procedur m.in. wydłużenia odnogi stentgraftu kolejnymi elementami, dodatkowego dostępu od tętnicy ramiennej lub promieniowej, założenia stentgraftów do tętnic odchodzących od łuku aorty. W czasie wszczęcia stentgraftu aortalnego ogranicza się stosowanie promieniowania rentgenowskiego wg. schematu ALARA (as low radiation as reasonably achievable).

Stosowane znieczulenie: znieczulenie do operacji wszczęcia stentgraftu aorty piersiowej uzależnione jest od szeregu czynników w szczególności budowy ciała chorego, współistniejących chorób i oczekiwanego czasu operacji. Stosowane jest znieczulenie ogólne, przewodowe lub miejscowe nasiętkowe 1% lignokainą. Przed operacją anestezjolog kwalifikuje chorego do określonego rodzaju znieczulenia i omawia z chorym postępowanie okołoperacyjne.

Znieczulenie miejscowe jest wykonywane z wykorzystaniem środka miejscowo znieczulającego (najczęściej lidokainy). Środki miejscowo znieczulające (np. lidokaina) działają poprzez blokowanie generowania i przewodzenia impulsów nerwowych, co uniemożliwia odczuwanie bólu w miejscu podania. Środki te nie znoszą odczuwania dotyku.

Możliwe działania niepożądane podawania środków miejscowo znieczulających obejmują m.in. reakcje alergiczne u niektórych pacjentów może wystąpić uczulenie na lidokainę, objawiające się wysypką, swędzeniem, obrzękiem lub dusznością. W skrajnych sytuacjach możliwe są intensywne odczyny uczuleniowe, utrata przytomności, wstrząs anafilaktyczny, zatrzymanie krążenia a nawet śpiączka.

Działania niepożądane związane z przedawkowaniem lub podaniem środka miejscowo znieczulającego donaczyniowo: parestezje ust, języka oraz dłoni, metaliczny smak, senność, zawroty głowy, dzwonienie w uszach, niewyraźna mowa, drżenia mięśniowe, oczośląs, zaburzenia widzenia, drgawki uogólnione a nawet śpiączka.

Powikłania miejscowe: w miejscu podania lidokainy może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk, krwiak lub ból. Zwykle są to łagodne objawy, które ustępują samoistnie. W związku z iniekcją możliwe jest miejscowe krwawienie, krwiak i zakażenie.

Znieczulenie przewodowe dołędźwiowe – (zewnątrżoponowe i podpajęczynówkowe) polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego do różnych przestrzeni kanału kręgowego i czasowym zniesieniu odczuwania bólu, dotyku, temperatury a także ruchów kończyn dolnych. Czas trwania takiego znieczulenia wynosi od 2 do 4 godzin, który



w przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego można przedłużyć umieszczając cewnik w kanale kręgowym w celu podawania kolejnych dawek lub wlewu ciągłego leku znieczulającego (nie jest to jednak rutynowo wykorzystywane w czasie operacji wewnątrznaczyniowej tętniaka aorty brzusznej).

Znieczulenie dołędźwiowe, jak każda metoda znieczulenia, obarczone jest określonym ryzykiem i możliwością wystąpienia objawów niepożądanych. Powikłaniami znieczulenia przewodowego dołędźwiowego mogą być m.in. spadek ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca, nudności, wymioty i bardzo rzadko obserwowane całkowite znieczulenie podpażęczynówkowe, bóle głowy, trudności z oddawaniem moczu, bóle w okolicy lędźwiowej, przejściowe podrażnienie nerwów, zaburzenia czucia, mrowienie, osłabienie kończyn, reakcje alergiczne, zakażenia w miejscu wkłucia lub zakażenie układu nerwowego, krwiak kanału kręgowego wymagający interwencji neurochirurgicznej, trwałe uszkodzenia nerwów, porażenie kończyn dolnych, zatrzymanie krążenia a wyjątkowo zgon.

Znieczulenie ogólne to kontrolowane i odwracalne zniesienie przytomności, odczuwania bólu i napięcia mięśniowego podczas zbiegu operacyjnego. Podczas znieczulenia ogólnego konieczne jest zastosowanie maski krtaniowej lub rurki intubacyjnej, które są wykorzystane do prowadzenia wentylacji mechanicznej. W czasie znieczulenia ogólnego stosowane są leki dożylnie i wziewnie, dokładnie monitorowane są parametry życiowe chorego oraz wydolność wymiany gazowej. Jak każda procedura medyczna znieczulenie ogólne niesie ryzyko powikłań m.in. senność, nudność, wymioty, trudność w oddychaniu, zachłyśnięcie treścią żołądkową, chrypka, kaszel, uszkodzenie strun głosowych, zębów, warg, języka, śluzówki jamy ustnej, tchawicy, rogówki oka, śródoperacyjnego wybudzenia, przedłużonego budzenia pooperacyjnego, zaburzeń hemodynamicznych (nadmierne obniżenie lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie serca łącznie z zawałem serca i zgonem), niedokrwienia mózgu, zaburzenia temperatury ciała, zaburzeń metabolicznych, reakcji uczuleniowych (w tym gorączka złośliwa).

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów należy niezwłocznie poinformować o tym lekarza.

Ważne jest, aby poinformować lekarza o wszelkich przebytych chorobach, uczuleniach, dolegliwościach i reakcjach niepożądanych na leki (zwłaszcza miejscowo znieczulających) oraz dokładne przestrzeganie zaleceń przedoperacyjnych otrzymanych w czasie przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej.

Konieczność zmiany, rozszerzenia zakresu zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania: podczas zbiegu, mogą zostać stwierdzone u Pana/Pani inne choroby, patologie naczyniowe, powikłania, które mogą zmusić operatora do podjęcia decyzji o poszerzeniu lub zmianie zakresu zabiegu, jeżeli będzie ona miała wymierne korzyści dla Pana/Pani w skrajnych sytuacjach zabiegi te będą wykonywane w celu ratowania Pana/Pani zdrowia i życia.

Zalecenia okołozabiegowe: co najmniej 6 godzinna obserwacja w sali wybudzeniowej, pooperacyjnej lub OIOM z monitorowaniem chorego, leczenie przeciwpłytkowe w dawce profilaktycznej (heparyna drobnocząsteczkowa), leki przeciwpłytkowe, monitorowanie diurezy, ewentualna kontrola stężenia kreatyniny w surowicy krwi, w przypadku hipotensji, istotnej śródoperacyjnej utraty krwi (>200 ml) wskazane oznaczenie kontrolnej morfologii, kontrola miejsc dostępu naczyniowego i ukrwienia kończyn dolnych, badanie brzucha, objawów otrzewnowych, potencjalnego niedokrwienia trzewi, krwawienia do przestrzeni zaotrzewnowej. W razie wątpliwości konieczne jest wykonanie badania USG brzucha lub angiografii tomografii komputerowej.

Oczekiwane korzyści obejmują: skuteczne wyłączenie tętniaka aorty piersiowej przez wszczęcie protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraft) znacząco redukuje ryzyko pęknięcia tętniaka, krwotoku i zgonu chorego.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże

☐ średnie

☐ ograniczone

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



III. Zalecenia pozabiegowe

Po wszczepieniu protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraftu) konieczna jest zmiana opatrunku. Po zdjęciu jałowego opatrunku, ranę należy przemyć środkiem dezynfekującym, następnie nałożyć nowy jałowy opatrunek. Szwy zdejmuję się zwykle po 7 dniach.

Miejsce operacji naczyniowej (nacięcia skóry, kanał podskórny do przeprowadzenia cewnika) może być bolesne przez kilka dni po zabiegu, nie powinno występować po tygodniu. Niepokojące objawy wymagające kontaktu z lekarzem: nasilenie obrzęku, bólu, krwawienie w okolicy miejsca operowanego, wyciek czerwonej, żółtej lub zielonej treści z miejsca nakłucia, masywny obrzęk kończyny, ból w klatce piersiowej, duszność/brak oddechu, znaczące osłabienie, omdlenia, odkrztuszanie krwią lub inną wydzieliną, temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Niektóre tętniaki aorty piersiowej nie wymagają leczenia operacyjnego jedynie leczenia zachowawczego, redukującego ryzyko jego pęknięcia. Dotyczy to tętniaków o małej średnicy. Leczenie zachowawcze obejmuje redukcję ciśnienia tętniczego krwi, zakaz palenia papierosów oraz modyfikację trybu życia. Wymagana jest okresowa kontrola średnicy tętniaka w tomografii komputerowej. Stosowane w przeszłości leczenie klasyczne, wszczepienie protezy przez torakotomię, w chwili obecnej stosowane jest w bardzo szczególnych przypadkach. Operacja klasyczna związana jest z istotnie zwiększonym ryzykiem powikłań okołoperacyjnych i zgonu.

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

Powikłania związane z wszczepieniem protezy wewnątrznaczyniowej (stentgraftu) do aorty piersiowej mogą wystąpić pomimo zachowania wszelkiej dbałości przez operatora. Proponowana procedura operacyjna będzie wykonywana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przy zachowaniu należytej staranności, zgodnie z opracowaną procedurą szpitalną, w ramach bloku operacyjnego z dostępnym aparatem USG, aparatem rentgenowskim z ramieniem C (do oceny radiologicznej) i aparatem do znieczulenia.

Możliwe powikłania obejmują:

powikłania wczesne:

- pęknięcie aorty i krwotok,
- rozwarstwienie, perforacja, inne uszkodzenia aorty piersiowej, brzusznej, tętnic biodrowych, odejścia tętnic trzewnych, uszkodzenie osierdza,
- pokrycie odejścia tętnicy szyjnej wspólnej lewej i/lub pnia ramienno-głównego,
- udar,
- uszkodzenie sąsiednich narządów (np. żył, nerwów, naczyń chłonnych),
- zaburzenia krzepnięcia krwi i krwawienia, przy których istnieje konieczność przetoczenia preparatów krwiopochodnych,
- zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna,
- zaburzenia oddychania aż do niewydolności oddechowej włącznie,
- niewydolność układu krążenia, zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca, zawał serca,
- niewydolność nerek,
- niedokrwienne uszkodzenie jelita powodujące przewlekłe biegunki, wymagające resekcji odcinkowej jelita i w niektórych przypadkach wyłonienia stomii (sztucznego odbytu),
- niewydolność wielonarządowa,
- niedokrwienie kończyny dolnej (przyczyną może być zakrzep, zator lub rozwarstwienie tętnic), zespół ciasnoty przedziałów powięziowych,
- paraplegia, porażenie, niedowład kończyn dolnych,
- zakażenie rany pooperacyjnej, które mogą prowadzić do zakażenia protezy wewnątrznaczyniowej, bakteriemii, posocznicy, krwotoków septycznych,
- wyciek chłonki, zbiorniki chłonki,
- reakcja alergiczna na środki cieniujące i inne leki stosowane w czasie zabiegu, do wstrząsu anafilaktycznego włącznie,



- zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczkę zakaźną) lub innymi wirusami,
- uszkodzeniem skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny,
- szpecące i przeszkadzające blizny,
- zgon (do 2% operowanych chorych),

powikłania późne:

- zakrzepica stentgraftu,
- zakażenie stentgraftu,
- tętniak rzekomy okolicy pachwinowej,
- rozszczelnienie stentgraftu, które jest przyczyną powstania tzw. przecieków wewnętrznych, niektóre ich typy wymagają leczenia operacyjnego, najczęściej techniką wewnątrznaczyniową.

Większość z wyżej wymienionych powikłań może wymagać kolejnych interwencji, operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci. Część powikłań może wymagać przetoczenia preparatów krwiopochodnych.

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 np.: POSSUM _____

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

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

W związku z planowanym leczeniem operacyjnym przewiduje się hospitalizację w oddziale przez okres od 2 do 5 dni. Operację rutynowo przeprowadza się w następnej dobie po przyjęciu do kliniki. W pierwszej dobie pooperacyjnej zostanie włączone żywienie drogą doustną oraz zostaną usunięte dreny i cewnik z pęcherza moczowego. Przy prawidłowej funkcji nerek opuszczenie szpitala możliwe jest w drugiej dobie pooperacyjnej. Kontrola ran i ewentualnie zdjęcie szwów skórnych zostaną przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych. W późnym okresie pooperacyjnym wskazana jest okresowa kontrola w Poradni Chirurgii Naczyniowej i wykonywanie kontrolnych badań angiograficznych metodą tomografii komputerowej klatki piersiowej (przy braku przeciwwskazań ogólnych po 1 miesiącu od czasu operacji). Następne badania zazwyczaj wykonywane są po 3, 6, 12 miesiącach. Brak odpowiedniej kontroli zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań odległych.

Miejsce dostępu naczyniowego (nakłucia, nacięcia skóry) może być bolesne przez kilka dni po zabiegu, nie powinno występować po tygodniu.

Niepokojące objawy wymagające kontaktu z lekarzem: nasilenie obrzęku, bólu, krwawienie w okolicy miejsca nakłucia, wyciek czerwonej, żółtej lub zielonej treści z miejsca nakłucia, oziębienie, ból, zaburzenia ruchu, czucia kończyny, masywny obrzęk kończyny, ból w klatce piersiowej, duszność, brak oddechu, ból brzucha, pleców, znaczące osłabienie, omdlenia, odkrztuszanie krwią lub inną wydzieliną, temperatura > 38°C.

W razie wystąpienia niepokojących objawów, takich jak ochłodzenie, zblednięcie, nagły silny ból lub zaostrzenie bólu przewlekłego kończyn dolnych, wystąpienie silnych bólów brzucha, gorączki, objawów zakażenia rany pooperacyjnej, należy skontaktować się z lekarzem.

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

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Powiększanie się średnicy tętniaka i jego pęknięcie, co jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia.



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

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji

WSZCZEPIENIA WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ PROTEZY DO AORTY PIERSIOWEJ (THORACIC ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR, TEVAR)

W dniu ____/____/_____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego wszczepienia wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar)**.

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na wszczepienie wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar).

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 wszczepienie wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar).

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 wszczepienie wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar. 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 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 **wszczepienie wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar)** 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 **wszczepienie wewnątrznacyniowej protezy do aorty piersiowej (thoracic endovascular aortic repair, tevar)**.

(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