



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 UDROŻNIENIA TĘTNICY SZYJNEJ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej wymagającego leczenia operacyjnego. Zwężenie opuszki tętnicy szyjnej i tętnicy szyjnej wewnętrznej jest udowodnioną przyczyną części udarów niedokrwiennych np. zaburzenia mowy, widzenia, osłabienie kończyn. W przypadku wystąpienia objawów niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (mózgu) współistniejące i korelujące z objawami zwężenie tętnicy szyjnej nazywamy objawowym. Udrożnienie tętnicy szyjnej zmniejsza wielokrotnie ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu, jakkolwiek bezpośredni okres okołoperacyjny nie jest wolny od ryzyka poważnych powikłań. Niezależnie od zastosowania leczenia operacyjnego konieczne jest stosowanie adekwatnego postępowania zachowawczego redukującego ryzyko rozwoju miażdżycy. Na podstawie przeprowadzonych badań prowadzący lekarz zakwalifikował Pana/Panią do operacyjnego leczenia udrożnienia tętnicy szyjnej.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja polega na chirurgicznym usunięciu zmian miażdżycowych (udrożnieniu) zlokalizowanych w rozwidleniu tętnicy szyjnej wspólnej, początkowym odcinku tętnicy szyjnej wewnętrznej. Jest to metoda leczenia z wyboru pacjentów z niskim ryzykiem operacyjnym oraz prawidłowymi warunkami anatomicznymi szyi w prewencji pierwotnej lub wtórnej udaru mózgu spowodowanego zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Schematyczny przebieg zabiegu: operacja wykonywana jest na bloku operacyjnym w **znieczuleniu regionalnym**, ze śródoperacyjnym monitorowaniem neurofizjologicznym lub w znieczuleniu ogólnym. W przypadku śródoperacyjnego wystąpienia objawów niedokrwienia mózgu konieczne zastosowanie shuntu (czasowego przepływu wewnętrznego z wykorzystaniem specjalnego cewnika wprowadzanego do tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej dla zachowania przepływu krwi do mózgu) lub odstępnie od operacji i rozważenie stentowania tętnicy szyjnej wewnętrznej. Sala operacyjna musi spełniać warunki aseptyki, być wyposażona w niezbędny sprzęt medyczny: przezierny stół operacyjny, aparat do znieczulenia, aparat ultrasonograficzny. Przed operacją wykonuje się badania dodatkowe a chory jest konsultowany przez anestezjologa, a w przypadku współwystępujących chorób dodatkowych przez internistę, kardiologa lub nefrologa (w zależności od rodzaju dodatkowych chorób). Do operacji rezerwowany jest koncentrat krwinek czerwonych. Chory do przeprowadzenia operacji musi być na czczo bez jedzenia 6 godzin przed zabiegiem, bez picia 2 godziny. Płyn doustny może przyjmować jedynie do popicia leków. Przed zabiegiem chory powinien mieć przygotowane pole operacyjne - szyję. Przed zabiegiem będzie założone dożylnie wklucie obwodowe, a w razie potrzeby zespół anestezjologiczny zakłada również wklucie tętnicze centralne.

W czasie zabiegu chory leży na stole operacyjnym na plecach, z głową odgiętą i odwróconą w stronę przeciwną do operowanej, ręka po stronie operowanej jest ułożona wzdłuż ciała, ramię po stronie przeciwnej do operowanej odwiedzone i dostępne do śródoperacyjnej oceny ruchów dłoni. Najczęściej zabieg wykonywany jest w znieczuleniu regionalnym, pozwalającym na śródoperacyjne monitorowanie stanu neurologicznego pacjenta, który reaguje na polecenia zespołu okresowe ściskanie przedmiotu wydającego dźwięki, ocena kontaktu logicznego z chorym. Alternatywą jest znieczulenie ogólne w którym ocenę konieczności wykorzystania shuntu dokonuje się na podstawie oceny ciśnienia wstecznego w tętnicy szyjnej wewnętrznej po zaklepowaniu tętnicy szyjnej wspólnej i zewnętrznej bądź oceny wysycenia tlenem mózgu w bliskiej podczerwieni. Wybór znieczulenia zależy od preferencji operatora,



uwzględniając życzenie chorego. Po założeniu monitorowania, przygotowane jest pole operacyjne, jałowo myje się i obkłada pole operacyjne na szyi. Rutynowo cięcie skórne przebiega wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego lub alternatywnie wykonuje się cięcie poprzeczne na poziomie podziału tętnicy szyjnej wspólnej. Następnie wypreparowane są tętnica szyjna wspólna, wewnętrzna i zewnętrzna, identyfikowany jest i chroniony nerw błędny i podjęzykowy oraz pętla nerwu podjęzykowego. Po podaniu dożylnym heparyny, zakłada się zaciski naczyniowe i monitoruje stan neurologiczny pacjenta. W przypadku, gdy stan neurologiczny chorego pozostaje niezmieniony przystępuje się do dalszej części operacji. Tętnice szyjne nacina się i usuwa z ich światła blaszki miażdżycowe będące przyczyną zwężenia. Są różne sposoby techniczne wykonania tego zabiegu, ich dobór zależy od umiejscowienia i rozległości zmian miażdżycowych oraz anatomii tętnic. Doboru odpowiedniej metody rekonstrukcji tętnicy po jej udrożnieniu dokona chirurg w trakcie zabiegu. W sytuacji, gdy będzie to możliwe wykonane zostanie udrożnienie przez wycisnienie polegające na odcięciu tętnicy szyjnej wewnętrznej od tętnicy szyjnej wspólnej, usunięciu z ich światła blaszki miażdżycowej i ponownym zeszcyciu ze sobą tętnic. W przypadku długich odcinków tętnic, tworzenia przez nie pętli lub zaginania się może być konieczne skrócenie odcinków tętnic i ponowne ich zeszcycie. Powszechnie akceptowaną alternatywną metodą jest zeszcycie podłużnego nacięcia tętnicy szyjnej z wykorzystaniem łaty naczyniowej wytworzonej z tworzywa sztucznego. Bardzo rzadko występuje konieczność zastąpienia odcinka tętnicy szyjnej wewnętrznej przez odcinek tętnicy szyjnej zewnętrznej, żyły własnej lub protezy naczyniowej lub prostego zaszcycia tętnicy. W przypadku, gdy w trakcie zabiegu pojawią się objawy neurologiczne konieczne może być założenie do tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej systemu umożliwiającego czasowy przepływ krwi przez operowaną tętnicę (shunt – cewnik wprowadzany do tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej umożliwiający przepływ krwi do mózgu). Po uzyskaniu hemostazy (brak krwawienia z zespolenia i tkanek rany), ranę drenuje się za pomocą drenu Redona i ją zamyka. Drenaż rany utrzymuje się przez około 24 godziny. Po operacji chory wymaga intensywnej obserwacji, kontroli tętna, ciśnienia i stanu neurologicznego.

Stosowane znieczulenie: rutynowo udrożnienie tętnicy szyjnej wykonuje się w **znieczuleniu regionalnym**, rzadziej w znieczuleniu ogólnym. Sposób znieczulenia zależy od szeregu czynników m.in. preferencji chirurga, pacjenta, współistniejących chorób, stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego.

Blokada regionalna splotu szyjnego polega na podaniu środka znieczulenia miejscowego w pobliżu nerwów tworzących splot szyjny (boczna okolica szyi). Podanie leku następuje pod kontrolą obrazowania ultrasonograficznego. Nakłuwanie skóry, podawanie środka miejscowo znieczulającego mogą być dla pacjenta nieprzyjemne. W zależności od techniki wykonania i wyboru metody, lek miejscowo znieczulający podaje się z jednego lub kilku wkłuć. Po prawidłowym zlokalizowaniu splotu i podaniu w jego okolicę leku uzyskuje się zniesienie czucia bólu w bocznej i przedniej okolicy szyi oraz w okolicy nad obojczykiem. Zachowane jest czucie dotyku. Pełne działanie leku uzyskuje się po 15-30 min. od jego podania i trwa 2-8 godzin, zabezpieczając pacjenta przeciwbólowo również po operacji. Blokada regionalna umożliwia przeprowadzenie operacji na tętnicach szyjnych przy zachowanej pełnej świadomości pacjenta, co jest konieczne w tego typu zabiegach. Umożliwia również śródoperacyjne monitorowanie neurofizjologiczne dopływu krwi do mózgu w sposób znacznie prostszy i dokładniejszy niż w czasie znieczulenia ogólnego. Poprawne wykonanie blokady nie zawsze powoduje pełny brak bólu w trakcie operacji, w sytuacji dyskomfortu zniesienie bólu można uzyskać przez miejscowe dodatkowe podanie środka miejscowo znieczulającego do rany operacyjnej.

Blokada splotu szyjnego niesie pewne ryzyko wystąpienia powikłań, o których w sposób dokładny poinformuje anestezjolog w czasie uzyskiwania do Pana/Pani zgody na znieczulenie. Powikłania wynikają zazwyczaj z bliskiego sąsiedztwa innych ważnych struktur układu nerwowego i naczyniowego i obejmują m.in.: krwiak w miejscu wkłucia, toksyczne działanie leków, zakażenie miejsca wkłucia, niezamierzone donaczyniowe podanie leku, uszkodzenie dużych naczyń szyjnych, niezamierzone podanie leku do kanału kręgowego i w konsekwencji (całkowite znieczulenie rdzeniowe, uszkodzenie rdzenia kręgowego, przypadkowe nakłucie opłucnej, przypadkowe nakłucie krtani, tchawicy, odma opłucnowa, zespół Hornera (przemijające, czasowe, jednostronne porażenie nerwów współczulnych objawiające się opadnięciem powieki, zwężeniem źrenicy, zapadnięciem gałki ocznej do oczodołu), porażenie nerwu przeponowego, porażenie nerwu krtaniowego wstecznego z następczą chrypką).

Udrożnienie tętnicy szyjnej można wykonać również w znieczuleniu ogólnym, które może być bardziej komfortowe dla chorego, problemem jest jednak trudniejsze monitorowanie ukrwienia mózgu, częstsze wykorzystanie czasowego przepływu wewnętrznego, większe ryzyko zaburzeń hemodynamicznych (zaburzenia ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia rytmu serca).

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 w czasie przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej.

Konieczność zmiany, rozszerzenia zabiegu operacyjnego występująca podczas jego trwania: podczas zabiegu, mogą zostać stwierdzone u Pana/Pani inne choroby, patologie naczyniowe, powikłania, które może prowadzić do podjęcia decyzji przez operatora 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: chory nie może wstawać przez 24 godziny od czasu zabiegu, monitorowanie na sali pooperacyjnej przez co najmniej 12 godzin, utrzymywanie RR w zakresie 120-140 mmHg, ocena neurologiczna pod kątem objawów niedokrwienia mózgu, zachowanie ruchów kończynami, ocena kontaktu logicznego, ocena widzenia, ocena miejsca operowanego i drenażu celem wykluczenia krwiaka w ranie pooperacyjnej, ocena ultrasonograficzna operowanej tętnicy szyjnej wewnętrznej 24 godziny po zabiegu oraz przed wypisaniem chorego do domu, w przypadku chorych z niewydolnością nerek konieczne zadbanie o odpowiednie nawodnienie przed i pooperacyjne (3-12 godzin po zabiegu w dawce 1-3 ml/kg/godzinę, kontrola kreatyniny/mocznik w 2-4 dobie pooperacyjnej).

Oczekiwane korzyści obejmują: skuteczne udrożnienie tętnicy szyjnej istotnie zmniejsza ryzyko udaru niedokrwinnego serca, korzyść jest długotrwała.

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 pooperacyjne

Po udrożnieniu tętnicy szyjnej konieczna jest zmiana opatrunku. Po zdjęciu jałowego opatrunku, ranę należy przemyć środkiem dezynfekującym, następnie nałożyć nowy jałowy opatrunek. Szwy zdejmuje się zwykle po 7-14 dniach w Poradni Naczyniowej. Konieczna jest również okresowa kontrola ultrasonograficzna tętnic szyjnych po 4 tygodniach po operacji, następnie co 6 miesięcy. Osoby ze zwężeniem tętnic szyjnych wymagają odpowiedniego leczenia farmakologicznego obejmującego terapię przeciwpłytkową, statynę z monitorowaniem stężenia cholesterolu związanego z LDL. Konieczna jest również dobra kontrola ciśnienia tętniczego (RR<130/80mmHg), glikemii (HbA1c <7 g/dl) oraz ewentualne modyfikacje leczenia w przypadku niespełnienia ww. celów terapeutycznych, zwiększenie aktywności fizycznej chorego, bezwzględny zakaz palenia tytoniu, redukcja masy ciała do należytnej.

Miejsce operacji naczyniowej 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, ból w klatce piersiowej, duszność, brak oddechu, znaczące osłabienie, omdlenia, odkrztuszanie krwią lub inną wydzieliną, temperatura > 38°C, zaburzenia neurologiczne.



IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Niektóre zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej nie wymagają leczenia operacyjnego - jedynie leczenia zachowawczego, redukującego ryzyko niedokrwienia mózgu. Inną metodą leczenia Pani/Pana choroby jest poszerzenie zwężonej tętnicy poprzez wszczepienie do niej stentu. Wskazaniem do stentowania tętnicy szyjnej są zaawansowany wiek, liczne obciążenia innymi chorobami, uwarunkowania anatomiczne, zwężenia nawrotowe, stan po operacjach lub napromienianiu w obrębie szyi. Zwykle zabieg przeprowadza się przez nakłucie tętnicy udowej, rzadziej ramiennej, promieniowej lub szyjnej. Metodą z wyboru zwężenia tętnicy szyjnej jest operacja klasyczna.

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

Powikłania związane z udrożnieniem tętnicy szyjnej 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 i aparatem do znieczulenia.

Możliwe powikłania obejmują:

Powikłania ogólne i miejscowe:

1. krwawienie pooperacyjne lub krwiak wymagające niejednokrotnie powtórnej operacji,
2. zakażenie rany pooperacyjnej,
3. opóźnione gojenie lub gojenie poprzez wytworzenie przerosłej blizny, co wynika z osobniczych skłonności do gojenia,
4. uszkodzenie tkanek miękkich i skóry poprzez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny,
5. reakcja alergiczna na leki, środki znieczulające, krew i preparaty krwi,
6. zakażenie wirusem HIV lub zapalenia wątroby,
7. niedokrwienie mięśnia sercowego, zawał serca,
8. ostra niewydolność nerek lub też zaostrzenie niewydolności nerek,
9. ostra niewydolność oddechowa może wymagać wielodniowej terapii przy pomocy respiratora,
10. zapalenie płuc,
11. zakrzepica żył głębokich i zator tętnicy płucnej,
12. krwawienie z przewodu pokarmowego często związane z koniecznością podawania leków przeciwkrzepliwych,
13. zgon najczęściej, jako skutek wymienionych powikłań lub też niewydolności różnych narządów bądź też w przebiegu,
14. okołoperacyjnego udaru mózgu.

Powikłania neurologiczne : preparowanie w okolicy szyi jest trudne i wymaga szczególnej ostrożności. Niestety nie w każdym przypadku przebieg nerwów w tej okolicy jest taki sam. W kilku procentach przypadków można, zatem spodziewać się uszkodzenia nerwów takich jak nerw podjęzykowy, językowo-gardłowy czy też nerw twarzowy lub krtaniowy wsteczny bądź błędny. Ich uszkodzenie prowadzić może do zaburzeń neurologicznych, które mogą mieć charakter trwały lub przejściowy. Mogą nimi być chrypka, problemy z mówieniem wynikające ze zbaczania języka w którąś ze stron w przypadku uszkodzenia nerwu podjęzykowego czy też powikłanie pod postacią opadnięcia kącika ust w przypadku uszkodzenia (najczęściej przejściowego) nerwu twarzowego. Uszkodzenie skórnych nerwów czuciowych podczas przecinania skóry może doprowadzić do wystąpienia objawów przeculicy lub niedoculicy skóry okolicy operowanej. Najistotniejsze powikłania związane są z ryzykiem wystąpienia w trakcie zabiegu niedokrwienia mózgu. Groźnym powikłaniem przebytej operacji jest przemijające lub utrwalone niedokrwienie mózgu (udar niedokrwienno, niedowład kończyn, afazja, zaburzenia świadomości), będące następstwem ostrego zakrzepu operowanej tętnicy lub przemieszczeniem się fragmentu blaszki miażdżycowej. Odsetek tego rodzaju powikłań u chorych bezobjawowych wynosi 1-3 %, u chorych po przejściowym niedokrwieniu mózgu 5-6%, a u chorych po udarze mózgu 6-10%. Rzadko występującym powikłaniem jest zespół reperfuzyjny, mogący być przyczyną silnych połowicznych bólów głowy,-oka,-twarzy lub napadów drgawek. Możliwym, choć bardzo niepożądanym wynikiem końcowym przebytej operacji jest zgon chorego na wskutek występujących powikłań. Do powikłań neurologicznych dojść może również w wyniku wzmożonego napływu krwi do mózgu po usunięciu zwężenia może to powodować bóle głowy lub nawet krwotok domózgowy. Opisywane są również przypadki ukrwotocznienia ogniska udarowego w sytuacji, gdy przywrócono prawidłowy napływ krwi do mózgu. Jednym z powikłań pooperacyjnych mogą być zaburzenia widzenia oka po stronie operowanej spowodowane przemieszczeniem się materiału zatorowego do tętnic siatkówki.



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 krwipochodnych.

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 POSSUM _____

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Udrożnienie tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej pozwala na redukcję o ok. 50% możliwości wystąpienia incydentu niedokrwienia mózgu. W związku z planowanym leczeniem operacyjnym przewiduje się hospitalizację w oddziale przez okres około 4 dni. Operację rutynowo przeprowadza się w następnej dobie po przyjęciu do kliniki. Bezpośrednio po operacji chory monitorowany jest na sali pooperacyjnej. W pierwszej dobie pooperacyjnej chory przenoszony jest na zwykłą salę, może jeść i pić. W tym dniu jest również konsultowany przez neurologa. W drugiej dobie po operacji chory jest wypisywany ze szpitala. Konieczna jest codzienna zmiana opatrunków. 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 ultrasonograficznych. Brak odpowiedniej kontroli zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań odległych.

Miejsce operacji może być bolesne przez kilka dni po zabiegu, nie powinno występować po tygodniu.

Niepokojące objawy wymagające kontaktu z lekarzem: nasilenie obrzęku, -/ból, -/krwawienie w okolicy miejsca operowanego, wyciek czerwonej, żółtej lub zielonej treści z rany operacyjnej, objawy neurologiczne zaniewiedzenie, zaburzenia ruchów kończynami, zaburzenia świadomości, bełkotliwa mowa, zaburzenia mowy, masywny obrzęk szyi, duszność, znaczące osłabienie, omdlenia, odkrztuszanie krwią lub inną wydzieliną, temperatura > 38°C.

Powikłania odległe po udrożnieniu tętnicy szyjnej, które pojawiają się zwykle po kilku miesiącach lub latach od operacji to ponowne zwężenia tętnic szyjnych oraz tętniaki rzekome.

W razie wystąpienia niepokojących objawów opisanych powyżej należy skontaktować się z lekarzem

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacji zwiększa o ok. 50% możliwość wystąpienia incydentu niedokrwienia mózgu co pociąga ze sobą możliwość nastąpienia ciężkiego kalectwa w postaci niedowładu połowicznego, zaburzeń mowy a nawet zgonu.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji

UDROŻNIENIA TĘTNICY SZYJNEJ

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji udrożnienia tętnicy szyjnej**.

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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji udrożnienia tętnicy szyjnej.

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 udrożnienia tętnicy szyjnej.

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 udrożnienia tętnicy szyjnej.

(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 przeprowadzenie zaproponowanej operacji udrożnienia tętnicy szyjnej** 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 operacji udrożnienia tętnicy szyjnej.**

(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