



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 TRACHEOTOMIĘ PRZEZSKÓRNĄ

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Tracheotomia jest zabiegiem wykonywanym, gdy **naturalne drogi oddechowe** (czyli nos, gardło, krtań) są zablokowane lub znacznie zwężone, uniemożliwiając swobodne oddychanie. W Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) ten zabieg jest często konieczny w sytuacji **przedłużającej się wentylacji mechanicznej płuc** (czyli wspomagania oddychania przez respirator) za pomocą rurki intubacyjnej, która jest wprowadzona do tchawicy przez usta lub nos.

Wskazania do tracheotomii w OIT obejmują:

- **Długotrwała intubacja:** Kiedy pacjent wymaga wspomagania oddechu przez respirator przez dłuższy czas (zwykle powyżej 2-4 tygodni), tracheotomia staje się bezpieczniejszym i bardziej komfortowym rozwiązaniem. Długotrwałe utrzymana rurka intubacyjna może powodować uszkodzenia krtani i strun głosowych – trudności w mówieniu, odkrztuszaniu.
- **Trudności w odstawieniu od respiratora:** Czasami pacjenci mają trudności z samodzielnym oddychaniem po długim okresie wentylacji mechanicznej. Tracheotomia ułatwia odzwyczajanie od respiratora.
- **Poważne problemy z oddychaniem** wynikające z chorób płuc, ciężkich urazów (np. głowy, szyi), udarów mózgu, śpiączki, które uniemożliwiają samodzielne, efektywne oddychanie.
- **Zaburzenia polykania lub osłabienie odruchu kaszlowego:** Tracheotomia zapobiega zachłyśnięciu się treścią żołądkową do płuc i ułatwia odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Przezskórna tracheotomia to małoinwazyjna technika, która jest rutynowo wykonywana w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) przez anestezjologów. Polega na wytworzeniu niewielkiego otworu w tchawicy (czyli "rurze" prowadzącej powietrze do płuc) i wprowadzeniu do niego specjalnej rurki, zwanej **rurką** (kaniulą) **tracheotomiczną**. Kaniula ta pozwala powietrzu swobodnie docierać do płuc, omijając górne drogi oddechowe, które mogą być zablokowane lub wymagają odpoczynku.

Jak przebiega zabieg w OIT?

1. **Ocena przed zabiegiem:** wcześniejsze badanie okolicy szyi i ocena wyników badań obrazowych (RTG, USG) służą ustaleniu czy będzie możliwe wykonanie zabiegu metodą małoinwazyjną (przezskórną). Jeśli nie jest to możliwe uzgadniane jest wykonanie tracheotomii techniką klasyczną, najczęściej na bloku operacyjnym.
2. **Znieczulenie:** Zabieg jest wykonywany w **znieczuleniu dożylnym** (podawane są leki, które sprawiają, że pacjent śpi i nie czuje bólu), prowadzonym przez zespół anestezjologiczny. Dodatkowo stosuje się **znieczulenie miejscowe** (wstrzyknięcie leku znieczulającego, np. 1% lidokainy) w miejscu, gdzie ma powstać otwór w szyi, aby dodatkowo znieczulić skórę i tkanki.

3. **Ułożenie pacjenta i przygotowanie pola zabiegowego:** Pacjent leży na plecach. Skóra szyi jest dokładnie odczyszczana, aby zapobiec infekcjom.
4. **Wycofanie rurki intubacyjnej:** Rurka intubacyjna, przez którą do tej pory oddychał pacjent, jest częściowo wycofywana, tak aby jej koniec znalazł się tuż powyżej miejsca planowanej tracheotomii (na granicy krtani z tchawicą).
5. **Kontrola bronchoskopowa (często):** Wiele tracheotomii przezskórnych w OIT wykonuje się pod kontrolą **bronchofiberoskopu**. To cienki, giętki wziernik z kamerą, wprowadzany do tchawicy przez rurkę intubacyjną. Pozwala on lekarzowi na dokładne zobaczenie wnętrza tchawicy i precyzyjne wykonanie otworu.
6. **Wytworzenie otworu:** Lekarz wykonujący zabieg nakłuwa tchawicę cienką igłą, a następnie wprowadza do niej prowadnicę. Za pomocą specjalnych rozszerzadeł lub kleszczy tworzy odpowiedniej wielkości kanał.
7. **Wprowadzenie rurki tracheotomijnej:** Po utworzeniu kanału, do tchawicy wprowadza się kaniulę tracheotomijną, a prowadnica jest usuwana. Mankiet (specjalny balon uszczelniający) na końcu rurki jest wypełniany powietrzem, aby rurka stabilnie leżała w tchawicy i zapewniała szczelność podczas wentylacji (oddychania).
8. **Podłączenie do respiratora:** Rurka intubacyjna jest całkowicie usuwana, a respirator zostaje podłączony bezpośrednio do nowo założonej kaniuli tracheotomijnej.
9. **Zabezpieczenie rurki tracheotomijnej:** rurka jest przymocowywana specjalną tasiemką wiązaną wokół szyi, a okolica otworu tracheostomii jest zabezpieczana gazikiem. Często ponownie wprowadza się bronchofiberoskop przez kaniulę, aby potwierdzić jej prawidłowe położenie.

Podczas tracheostomii przezskórnej może zaistnieć konieczność zmiany techniki zabiegu na chirurgiczną, niekiedy niezwłocznie, dlatego zgoda na tracheotomię przezskórną powinna być równoznaczna ze zgodą na tracheotomię chirurgiczną.

Tracheotomia chirurgiczna (klasyczna, konwencjonalna) różni się tym, że operator posługując się narzędziami chirurgicznymi nacina skórę, preparuje tkanki miękkie odsłaniając tchawicę, pod kontrolą wzroku wykonuje otwór w tchawicy i wprowadza rurkę, po czym zszywa skórę (ponieważ nacięcie jest większe niż ostateczny otwór). Zabieg ten najczęściej jest wykonywany na sali operacyjnej.

Oczekiwane korzyści z wykonania tracheotomii obejmują:

- umożliwienie kontynuowania wentylacji mechanicznej i dalszego częstego usuwania wydzieliny z dróg oddechowych, jeśli jest to konieczne,
- ułatwienie wybudzania pacjenta, lepsza tolerancja rurki tracheotomijnej niż rurki intubacyjnej i łatwiejsza higiena, rehabilitacja oraz odzwyczajanie od respiratora dzięki uwolnieniu jamy ustnej (lub nosowej), gardła i krtani od obecności ciała obcego jakim jest rurka intubacyjna,
- umożliwienie połykania,
- z czasem umożliwienie mówienia, jeśli można spuszczać powietrze z mankieta rurki lub zastosować rurkę fonacyjną.



Rysunek poglądowy utworzony przy użyciu generatywnej sztucznej inteligencji (AI). Nie jest specjalistyczną ilustracją medyczną.



III. Postępowanie i zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu tracheotomii komfort i bezpieczeństwo są priorytetem postępowania. W Oddziale Intensywnej Terapii kontynuowana będzie stała i ścisła opieka zespołu medycznego. Kluczowymi elementami postępowania po zabiegu są:

- **Kontynuacja wentylacji:** Jeśli było to konieczne przed zabiegiem, wentylacja mechaniczna przez respirator będzie kontynuowana przez nowo założoną kaniulę tracheotomijną. W miarę poprawy stanu zdrowia, będzie podejmowana próba odzwyczajania od respiratora.
- **Monitorowanie:** kontynuowane będzie monitorowanie oddechu, krążenia krwi oraz ewentualnych powikłań. Po zabiegu wykonane zostanie zdjęcie RTG klatki piersiowej, aby potwierdzić prawidłowe położenie kaniuli i wykluczyć powikłania.
- **Pielęgnacja rurki i higiena:** Personel medyczny będzie regularnie czyścił kaniulę oraz skórę wokół niej. Jest to kluczowe dla zapobiegania infekcjom i podrażnieniom.
- **Odciąganie wydzieliny:** W tchawicy może gromadzić się wydzielina. Będzie ona regularnie odciągana za pomocą specjalnego cewnika, aby drogi oddechowe pozostały czyste i drożne.
- **Nawilżanie powietrza:** Powietrze wdychane przez kaniulę omija naturalny system nawilżania nosa i gardła. Stosujemy specjalne nawilzacze, aby zapobiec wysychaniu dróg oddechowych i tworzeniu się twardej wydzieliny.
- **Komunikacja:** Na początku występują trudności z mówieniem. Będziemy szukać najlepszych sposobów komunikacji, takich jak pisanie, używanie tablic do komunikacji czy specjalnych zaworów, które w późniejszym etapie mogą pozwolić na mówienie.
- **Usunięcie rurki:** Gdy stan zdrowia się poprawi, wentylacja mechaniczna nie będzie już konieczna, a drożność naturalnych dróg oddechowych zostanie przywrócona, kaniula tracheotomijna zostanie usunięta. Otworu w szyi nie trzeba zaszywać – zamyka się on i goi samoistnie.

Pacjentom po tracheotomii zaleca się niepodjęmowanie prób samodzielnego usunięcia rurki i unikanie, zwłaszcza w początkowym okresie po zabiegu, wykonywania gwałtownych ruchów (głową, szyją i tułowiem) które mogłyby do tego doprowadzić.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W Oddziale Intensywnej Terapii, w sytuacji krytycznego stanu pacjenta, liczba dostępnych alternatywnych metod postępowania jest często bardzo ograniczona:

- **Długotrwała intubacja dotchawicza:** w przypadku ostrej niewydolności oddechowej intubacja dotchawicza jest pierwszą stosowaną metodą zapewnienia drożności dróg oddechowych. Rurka intubacyjna jest wprowadzana przez usta lub nos do tchawicy i podłączana do respiratora. Jednakże, jak wspomniano, po pewnym czasie (zwykle 2-4 tygodnie) utrzymywanie rurki intubacyjnej staje się niekorzystne ze względu na ryzyko powikłań (uszkodzenia krtani, strun głosowych, trudności w higienie jamy ustnej, dyskomfort pacjenta). Wówczas tracheotomia jest często rekomendowana jako bezpieczniejsza alternatywa.
- **Leczenie przyczynowe:** gdy tylko jest to możliwe, prowadzi się przyczynowe leczenie podstawowej choroby, która doprowadziła do problemów z oddychaniem. Jednak w wielu przypadkach (np. rozległe urazy, ciężkie infekcje, długotrwała śpiączka), leczenie przyczynowe wymaga czasu, a tracheotomia jest niezbędna do zapewnienia wsparcia oddechowego w międzyczasie.
- **Brak alternatyw:** W wielu sytuacjach, zwłaszcza gdy duszność jest bardzo nasilona i zagraża życiu, lub gdy istnieje wysokie ryzyko zachłyśnięcia, tracheotomia jest jedynym zabiegiem, który może zapewnić bezpieczeństwo dróg oddechowych i umożliwić wentylację. W takich przypadkach nie ma dla niej skutecznych alternatyw



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

Jak każda procedura medyczna, tracheotomia, choć rutynowa w OIT, wiąże się z pewnym ryzykiem powikłań (podano częstość występowania powikłań wg publikacji naukowych). Nasi lekarze i pielęgniarki są wysoce wykwalifikowani, aby minimalizować te ryzyka i szybko reagować na ewentualne problemy:

- **Nieemożność wykonania (kontynuowania) zabiegu techniką małoinwazyjną (przezskórną):** niekiedy zdarza się, że nawet mimo wcześniejszej wnikliwej oceny konieczne jest zaprzestanie wykonywania zabiegu techniką przezskórną i zmiana metody na klasyczną (chirurgiczną). Jeśli na samym początku zabiegu wystąpiło krwawienie opanowane przez ucisk lub inne trudności lekarze mogą uznać, że nie będą kontynuować tracheotomii przezskórnej, wybudzą chorego i później skierują do tracheotomii klasycznej. Może się jednak zdarzyć, że podczas tracheotomii przezskórnej konieczne będzie niezwłoczna zmiana techniki (konwersja) na chirurgiczną. Dlatego zgoda na tracheotomię przezskórną powinna być równoznaczna za zgodą na tracheotomię klasyczną (chirurgiczną). Powikłania tracheotomii przezskórnej i chirurgicznej są zasadniczo takie same, choć niektóre z nich mogą się różnić częstością występowania. Ocenia się, że zmiana techniki przezskórnej na chirurgiczną jest konieczna w mniej niż 1% przypadków (ok 0,5-0,6%).
- **Krwawienie lub krwiak:** Może wystąpić w miejscu zabiegu. Zwykle jest niewielkie i ustępuje samoistnie, ale w rzadkich przypadkach może wymagać interwencji. Częstość występowania ostrego krwawienia wymagającego interwencji: dla tracheostomii przezskórnej ok. 2-3%, dla tracheotomii chirurgicznej ok. 7%.
- **Odma podskórna:** Powietrze może przedostać się pod skórę w okolicy szyi, powodując obrzęk i uczucie "trzeszczenia" pod palcami. Zazwyczaj ustępuje samoistnie. Częstość występowania ok. 1%
- **Zakażenie:** Ryzyko zakażenia w miejscu tracheotomii, tchawicy, drzewa oskrzelowego lub śródpiersia. Częstość występowania: dla tracheostomii przezskórnej ok. 5%, dla tracheotomii chirurgicznej ok. 10%. Ryzyko minimalizujemy poprzez ścisłe przestrzeganie zasad aseptyki podczas zabiegu i staranną pielęgnację po nim.
- **Odma śródpiersia lub uszkodzenie osłupków opłucnej i odma opłucnowa:** Bardzo rzadkie powikłania związane z przedostaniem się powietrza do przestrzeni wokół serca i dużych naczyń lub uszkodzeniem osłon płuc i przedostaniem się powietrza do jam opłucnowych (przestrzeni wokół płuc). Odma opłucnowa może wymagać założenia drenów do jam opłucnowych lub poważniejszej interwencji chirurgicznej. Częstość występowania odmy opłucnowej: <2%.
- **Ostre uszkodzenie tylnej ściany tchawicy** (częstość występowania ok. 0,1-0,5%): zagraża zapaleniem śródpiersia i wytworzeniem przetoki tchawiczo-przełykowej i tchawiczo-żylnej (objaśnienia dalej).
- **Porażenie nerwów krtaniowych wstecznych:** Rzadkie uszkodzenie nerwów odpowiedzialnych za ruch strun głosowych, co może wpływać na głos (powodować bezgłos lub chrypkę).
- **Aspiracja treści żołądkowej do tchawicy (zespół Mendelсона):** Zachłyśnięcie się treścią z żołądka do płuc. Ryzyko to jest mniejsze po tracheotomii niż przy długotrwałej intubacji.
- **Bezdech i zatrzymanie czynności oddechu i krążenia:** Są to najpoważniejsze, ale niezwykle rzadkie powikłania, które mogą wystąpić podczas zabiegu lub tuż po nim, jeśli dojdzie do nagłego pogorszenia stanu pacjenta lub technicznych trudności. Zespół anestezjologiczny jest gotowy do natychmiastowej interwencji.
- **Bradykardia i spadek ciśnienia:** Nagłe spowolnienie akcji serca i spadek ciśnienia krwi.
- **Ból:** Występuje rzadko i jest kontrolowany lekami przeciwbólowymi.
- **Zgon:** w jednym z badań ryzyko zgonu związanego z tracheotomią przezskórną w oddziałach intensywnej terapii oceniono na 2,18% (uwzględniano zgony do 7 dni po zabiegu, 31% z tych zgonów nastąpiło podczas zabiegu; *Simon i wsp., Critical care 2013; 17: R258*). W innym badaniu ryzyko zgonu wynosiło 0,3% dla tracheotomii przezskórnej i 0,7% dla tracheotomii chirurgicznej (*Klotz i wsp., Langenbeck's Archives of Surgery; 2018; 403: 137-149*).

Powyższe powikłania zdarzają się rzadko, aczkolwiek należy się liczyć z możliwością ich wystąpienia.



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 powikłań odległych

Niektóre powikłania mogą pojawić się w dłuższej perspektywie, po ustabilizowaniu stanu pacjenta lub po usunięciu kaniuli tracheotomijnej:

- **Tworzenie się ziarniny wokół tracheotomii:** Niewielkie grudki tkanki ziarninowej mogą tworzyć się wokół otworu. Zazwyczaj są niegroźne, ale czasami mogą wymagać usunięcia.
- **Niezamierzone usunięcie rurki tracheotomijnej:** częstość występowania dla tracheostomii przeszkrónej ok. 1%, dla tracheotomii chirurgicznej do ok. 5%
- **Zaczopowanie rurki tracheotomijnej:** zatkanie przez wydzielinę lub skrzepy krwi (częstość występowania dla tracheostomii przeszkrónej ok. 1%, dla tracheotomii chirurgicznej ok. 3-4%)
- **Tracheomalacja:** Rzadkie powikłanie polegające na osłabieniu ścian tchawicy w miejscu, gdzie znajdowała się kaniula. W skrajnej, ale jeszcze rzadszej sytuacji, może dojść do powstania otworu w tchawicy i sąsiadującym z tchawicą przełykiem, co prowadzi do wytworzenia **przetoki tchawiczo-przełykowej** (częstość występowania poniżej 0,1%). Może wówczas dojść także do zapalenia śródpiersia, które obarczone jest bardzo dużym ryzykiem zgonu, i może być konieczna interwencja chirurgiczna. Skrajnie rzadko może dojść do powstania otworu w tchawicy i sąsiadującym z tchawicą dużym naczyniem żylnym, czyli wytworzenia **przetoki tchawiczo-żylniej** co prowadzi do masywnego krwotoku najczęściej zakończonym zgonem
- **Zaburzenia połykania:** U niektórych pacjentów, zwłaszcza tych, którzy mieli kaniulę tracheotomijną przez długi czas, mogą wystąpić przejściowe lub rzadziej trwałe trudności w połykaniu. Często wymagają one pracy z logopedą.
- **Blizny skórne:** W miejscu wykonania tracheotomii pozostaje niewielka blizna. Jej wygląd zależy od indywidualnych predyspozycji do gojenia.
- **Zwężenie krtani i tchawicy:** W miejscu, gdzie była kaniula lub gdzie była intubacja, może dojść do powstania zwężenia. Jest to rzadkie, ale poważne powikłanie, które może wymagać dalszego leczenia (np. poszerzania, operacji). Częstość występowania zwężenia tchawicy: dla tracheostomii przeszkrónej ok. 3%, dla tracheotomii chirurgicznej ok. 2%.
- **Trwała przetoka skórno-tchawicza:** W bardzo rzadkich przypadkach, po usunięciu kaniuli, otwór w szyi może nie zagoić się samoistnie, tworząc stałą przetokę. Może to wymagać korekty chirurgicznej.
- **Możliwość zachłyśnięcia się ciałem obcym poprzez rurkę tracheotomijną:** Rzadko, ale może się zdarzyć, że przez otwór kaniuli do dróg oddechowych dostanie się drobne ciało obce.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Tracheotomia w Oddziale Intensywnej Terapii jest zazwyczaj proponowana, gdy jest ona kluczowa dla ratowania życia lub znaczącego poprawienia stanu pacjenta. Rezygnacja z tego zabiegu, gdy jest on wskazany, może mieć bardzo poważne, a nawet tragiczne konsekwencje:

- **Postępująca niewydolność oddechowa:** Nieleczona niedrożność dróg oddechowych lub brak możliwości skutecznej wentylacji mechanicznej prowadzi do narastającej duszności i niedoboru tlenu w organizmie.
- **Niewydolność wielonarządowa:** Długotrwałe niedotlenienie może prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, serca, nerek i innych narządów.
- **Zatrzymanie krążenia i oddychania:** Brak swobodnego przepływu powietrza lub niemożność skutecznej wentylacji mechanicznej może doprowadzić do nagłego zatrzymania akcji serca i oddechu.
- **Powikłania związane z długotrwałą intubacją:** Jeśli tracheotomia miała zastąpić długotrwałą intubację, rezygnacja z niej oznacza narażenie pacjenta na zwiększone ryzyko powikłań związanych z rurką intubacyjną (np. uszkodzenie krtani, zapalenie płuc).
- **Zgon:** W wielu przypadkach, gdy tracheotomia jest jedynym sposobem na zapewnienie bezpieczeństwa dróg oddechowych i skutecznej wentylacji, rezygnacja z niej niestety może prowadzić do śmierci pacjenta.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego zabiegu TRACHEOTOMIA PRZEZSKÓRNA

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

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 zaproponowanego zabiegu tracheotomii przezskórnej

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 zabiegu tracheotomii przezskórnej

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 zabiegu cewnikowania żył centralnych. 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 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 zaproponowanego zabiegu cewnikowania żył centralnych** 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 zabiegu tracheotomii przezskórnej.**

(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