



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 INTUBACJĘ DOTCHAWICZĄ i INWAZYJNĄ WENTYLACJĘ MECHANICZNĄ PŁUC w sytuacjach innych niż znieczulenie ogólne do zabiegów

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Intubacja dotchawicza i inwazyjna wentylacja mechaniczna płuc są procedurami ratującymi życie, stosowanymi, gdy organizm Pacjenta/Pacjentki nie jest w stanie samodzielnie zapewnić odpowiedniej wymiany gazowej w płucach. Dzieje się tak w sytuacjach, gdy:

- Występuje ciężka niewydolność oddechowa w przebiegu choroby płuc (np. zapalenia płuc, zespołu ostrej niewydolności oddechowej - ARDS, zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - POChP) lub niewydolności krążenia (obrzęk płuc) bądź zatorowości płucnej.
- Następuje zatrzymanie oddechu lub znaczne spowolnienie i osłabienie oddechu (np. w wyniku zatrucia, urazów głowy, chorób neurologicznych).
- Wymagana jest ochrona dróg oddechowych przed zachłyśnięciem treścią pokarmową lub wydzielinami (np. u pacjentów z zaburzeniami świadomości, po udarze mózgu).

Celem intubacji dotchawiczej i wentylacji mechanicznej płuc jest zapewnienie prawidłowego natlenowania krwi i usuwania dwutlenku węgla z organizmu, a także wsparcie lub zastąpienie funkcji oddechowej płuc.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg intubacji dotchawiczej polega na wprowadzeniu specjalnej rurki (tzw. rurki intubacyjnej) przez usta lub nos do tchawicy. Procedura ta jest zawsze wykonywana przez wykwalifikowany personel medyczny (lekarza anestezjologa lub innego odpowiednio wyszkolonego lekarza bądź lekarza szkolącego się pod ścisłym nadzorem biegłego w tym zabiegu lekarza, najczęściej specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, najczęściej w asyście przeszkolonej pielęgniarki/pielęgniara).

Przed intubacją podaje się leki o działaniu uspokajająco-nasennym (tzw. leki sedatywne), silny lek przeciwbólowy (opiod) i zwykle także lek zwiotczający mięśnie, co zapewnia komfort, zniesienie bólu i całkowitą nieświadomość podczas zabiegu. Leki te sprawiają, że Pacjentka/Pacjent zasypiają i nie będą odczuwać bólu ani pamiętać samej procedury. Po wprowadzeniu rurki intubacyjnej, jej prawidłowe położenie zostanie potwierdzone (np. poprzez osłuchiwanie klatki piersiowej, wykrycie dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu). Rurka zostanie unieruchomiona specjalnym plastrem lub opaską, aby zapobiec jej przypadkowemu przemieszczeniu.

Następnie rurka intubacyjna zostaje podłączona do respiratora – urządzenia, które oddycha za Pacjentkę/Pacjenta, wspomagając lub całkowicie zastępując pracę układu oddechowego. Parametry respiratora są indywidualnie dostosowywane do potrzeb i stanu klinicznego, aby zapewnić optymalne warunki wentylacji. W czasie wentylacji mechanicznej personel medyczny stale monitoruje Państwa funkcje życiowe, takie jak ciśnienie krwi, tętno, wysycenie (saturacja) tlenem krwi oraz parametry oddechowe.

Po intubacji i podłączeniu do respiratora, Państwa świadomość może być zmienna, zależnie od stosowanej sedacji, czyli podawania leków o działaniu uspokajającym i nasennym. Personel medyczny będzie dbał o Państwa komfort podając leki przeciwbólowe, regularnie odsysając wydzielinę z dróg oddechowych przez rurkę intubacyjną oraz monitorując ciśnienie w mankiecie rurki intubacyjnej. Konieczne będzie utrzymanie odpowiedniej higieny jamy ustnej – personel medyczny będzie regularnie wykonywał toaletę jamy ustnej. Rurka intubacyjna przebiega między strunami głosowymi, dlatego nie jest możliwe mówienie. Nie jest też możliwe połykanie, dlatego żywienie będzie prowadzone przez zgłębnik (sondę) wprowadzony do przewodu pokarmowego (najczęściej do żołądka przez nos lub usta), a w razie przeciwwskazań do żywienia do przewodu pokarmowego, będzie stosowane żywienie pozajelitowe, czyli dożylnie.

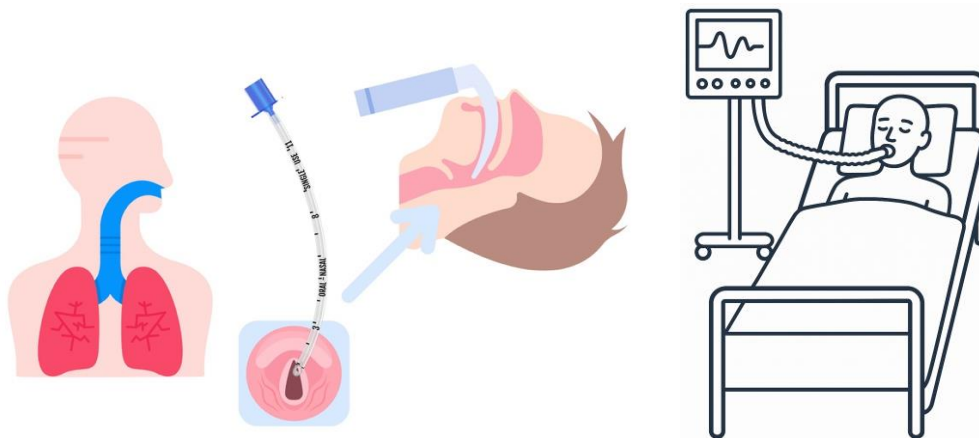
Gdy Państwa stan zdrowia się poprawi zmniejszane będą dawki leków o działaniu uspokajającym i nasennym, aby sprawdzać stan świadomości i zdolność do współudziału w procesie rehabilitacji. W tym okresie personel medyczny będzie dalej dbał o Państwa komfort, jednak trudno może być wyeliminować całkowicie nieprzyjemne odczucia i objawy związane z obecnością rurki intubacyjnej (np. kaszel, ucisk rurki na struktury jamy ustnej i gardła). Dyskomfort może także towarzyszyć rehabilitacji oddechowej i ogólnie usprawniającej. Należy uważać, aby przypadkowo nie usunąć rurki intubacyjnej. Jeśli stan zdrowia nadal będzie się poprawiał i będą Państwo w stanie samodzielnie oddychać, lekarz podejmie decyzję o odstawieniu leków uspokajająco-nasennych i odłączeniu od respiratora oraz usunięciu rurki intubacyjnej (ekstubacji).

Po ekstubacji (usunięciu rurki intubacyjnej) mogą Państwo odczuwać dyskomfort w gardle, może też występować chrypka lub kaszel oraz zaburzenia połykania, które zazwyczaj ustępują w ciągu kilku dni. W części przypadków konieczne jest jeszcze utrzymanie sondy żołądkowej po intubacji, w większości przypadków jednak się ją usuwa i karmi Pacjentkę/Pacjenta doustnie. Nierzadko nadal konieczna jest rehabilitacja oddechowa i ogólnie usprawniająca, aby wspomóc powrót do pełnej sprawności płuc i sprawności ruchowej. Może również się zdarzyć, że ponownie nasili się niewydolność oddechowa i konieczna będzie ponowna intubacja oraz wznowienie inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc. Niekiedy wkrótce po usunięciu rurki intubacyjnej (ekstubacji) może wystąpić skurcz krtani lub obrzęk krtani i wtedy w części przypadków również konieczne są ponowna intubacja i wznowienie wentylacji mechanicznej płuc.

Jeśli wentylacja mechaniczna się przedłuża, zwłaszcza ponad 2-3 tygodnie, konieczne i korzystne staje się wykonanie zabiegu tracheotomii, czyli wprowadzenie krótszej rurki (tzw. rurki tracheostomijnej) do tchawicy przez otwór na szyi. Wówczas usuwa się rurkę intubacyjną (rurkę wprowadzoną wcześniej do tchawicy przez usta lub nos, gardło i krtani). Zabieg tracheotomii wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym. Stosowana jest technika małoinwazyjna (przeskórna) lub klasyczna (chirurgiczna). Zabieg tracheotomii jest przedmiotem odrębnej zgody.

Oczekiwane korzyści intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc obejmują:

- zastąpienie lub wspomaganie czynności niewydolnego układu oddechowego
- zapewnienie wymiany gazowej (dostarczania tlenu i usuwania dwutlenku węgla) i dzięki temu zapobieżenie niewydolności innych narządów i śmierci komórek, co pozwala utrzymać Pacjentkę/Pacjenta przy życiu
- danie szansy na wystąpienie efektu leczenia przyczynowego (np. danie czasu na zadziałanie antybiotyków i wyleczenie zakażenia powodującego zapalenie płuc, które przebiega z niewydolnością oddechową)



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



III. Postępowanie i zalecenia pozabiegowe

Okres po zakończeniu inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc i usunięcia rurki intubacyjnej jest bardzo ważny i duże znaczenie ma współpraca Pacjentki/Pacjenta z personelem medycznym oraz współuczestniczenie w rehabilitacji. Personel medyczny oczywiście nadal będzie dbał o Państwa komfort i stosował konieczne leczenie przeciwbólowe, unikając jednocześnie, jeśli tylko jest to możliwe, podawania leków o działaniu uspokajająco-nasennym, które mogą źle wpływać na oddychanie. Ten okres leczenia jest trudny dla wielu Pacjentów w związku z mogącymi występować uczuciem znacznego osłabienia i obniżonego nastroju, jak również wspomnianymi wcześniej objawami i dolegliwościami, takimi jak kaszel, chrypka, trudności w mówieniu i połykaniu. U części Pacjentów występują wtedy również zwykle przemijające, ale uciążliwe zaburzenia psychiczne (niepokój, zaburzenia orientacji, majaczenie). Niemniej jednak należy podkreślić jeszcze raz, że szansę na korzystny ostateczny wynik leczenia zwiększa w tym okresie dobra współpraca z personelem medycznym i zaangażowanie w procesie rehabilitacji.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

W niektórych przypadkach niewydolności oddechowej, zanim rozważy się na intubację, można zastosować inne metody wsparcia oddechu, takie jak:

- **Tlenoterapia:** Podawanie dodatkowego tlenu za pomocą masek lub wąsów tlenowych.
- **Wentylacja nieinwazyjna (NIV):** Wspomaganie oddechu za pomocą specjalnej maski szczelnie przylegającej do twarzy albo hełmu wentylacyjnego, bez konieczności wprowadzania rurki do tchawicy.

Decyzja o intubacji jest podejmowana, gdy powyższe metody są niewystarczające lub gdy stan pacjenta jest zbyt ciężki, aby je zastosować.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Chociaż intubacja dotchawicza i wentylacja mechaniczna są procedurami ratującymi życie, niosą ze sobą ryzyko powikłań. Ich częstość jest zróżnicowana i zależy od wielu czynników, w tym od Państwa stanu zdrowia i czasu trwania wentylacji:

- **Podczas intubacji:**
 - **Niestabilność krążeniowa** (hemodynamiczna): spadek ciśnienia tętniczego w trakcie lub we wczesnym okresie po intubacji (raportowana częstość w przypadku intubacji ze wskazań nagłych w szpitalu poza blokiem operacyjnym wynosiła ok. 43%; *badanie INTUBE, JAMA 2021; 325: 1164-1172*)
 - **Urazy zębów, warg, języka, strun głosowych lub gardła:** Najczęściej są to drobne otarcia. W badaniach naukowych raportowana częstość jest bardzo zmienna (zęby 0,5%- 28%, tkanki miękkie nawet 20-50%)
 - **Krwawienie z dróg oddechowych:** Rzadkie, zazwyczaj niewielkie.
 - **Zachłyśnięcie treści żołądkowej:** Może wystąpić, jeśli treść żołądkowa dostanie się do płuc, co może prowadzić do zapalenia płuc. Ryzyko jest zwiększone u pacjentów z pełnym żołądkiem, ale jest minimalizowane poprzez szybkie działanie i odpowiednie ułożenie pacjenta. Według literatury fachowej w intubacjach pilnych w oddziałach ratunkowych raportowana częstość ok. 5%.
 - **Trudności w intubacji:** Czasami intubacja może być trudna ze względu na anatomię dróg oddechowych. W takiej sytuacji mogą być użyte specjalne techniki lub sprzęt (np. wideolaryngoskop). Niekiedy konieczne jest uzyskanie chirurgicznego dostępu do dróg oddechowych (konikotomia lub tracheotomia w trybie natychmiastowym)
 - **Skurcz oskrzeli lub krtani:** Rzadko może wystąpić zwężenie dróg oddechowych (wg literatury częstość skurczu krtani ok. 1,6-18%, skurczu oskrzeli ok. 0,2-2%). Po usunięciu rurki intubacyjnej (ekstubacji) również może wystąpić skurcz krtani (częstość ok. 1,5-26%) lub obrzęk krtani (częstość nawet ok. 9-84%)
 - **Znaczne niedotlenienie:** wg badania INTUBE spadek saturacji krwi tętniczej tlenem <80% w ok. 9% przypadków.
 - **Bradykardia (spowolnienie akcji serca) lub arytmie:** Mogą wystąpić w reakcji na intubację, zazwyczaj są krótkotrwałe i kontrolowane farmakologicznie.
 - **Zatrzymanie krążenia:** wg badania INTUBE częstość ok. 3%.



• **W trakcie wentylacji mechanicznej:**

- **Zapalenie płuc związane z wentylacją (VAP):** Jest to najczęstsze poważne powikłanie, występujące u około 10-20% pacjentów wentylowanych mechanicznie, zwłaszcza przy długotrwałej wentylacji. Jest spowodowane wnikaniem bakterii do płuc przez rurkę intubacyjną. Wymaga leczenia antybiotykami.
- **Odleżyny w obrębie jamy ustnej, języka, krtani lub tchawicy:** Mogą wystąpić z powodu ucisku rurki intubacyjnej, zwłaszcza przy długotrwałej intubacji.
- **Uraz i uszkodzenie płuc (m.in. ciśnieniowe i objętościowe):** ryzyko zwiększa stosowanie zbyt wysokiego ciśnienia podczas wentylacji mechanicznej lub zbyt dużej objętości oddechowej (czyli objętości powietrza dostarczanego przez respirator, jednak nawet prawidłowe postępowanie nie redukuje ryzyka do zera. Następstwem może być odma opłucnowej (obecność powietrza w jamie opłucnej związana z uszkodzeniem płuca) lub śródmiąższowe uszkodzenie płuc. Według literatury fachowej ryzyko wynosi około 1-10%.
- **Niedociśnienie lub nadciśnienie tętnicze:** Zmiany ciśnienia krwi mogą być związane z wpływem wentylacji na układ krążenia lub chorobą podstawową.
- **Zaburzenia rytmu serca.**
- **Niedotlenienie lub nadmiar dwutlenku węgla we krwi:** Wymaga stałego monitorowania i dostosowywania parametrów respiratora.
- **Infekcje ogólnoustrojowe (sepsa):** Ryzyko zwiększone u pacjentów w ciężkim stanie i długotrwale hospitalizowanych.
- **Problemy z rurką intubacyjną:** Zatkanie lub przemieszczenie rurki, co może wymagać interwencji.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis powikłań odległych

Powikłania odległe po intubacji i wentylacji mechanicznej są rzadsze, ale mogą wystąpić, zwłaszcza po długotrwałej wentylacji:

- **Zwężenie tchawicy:** Może wystąpić w wyniku przewlekłego ucisku mankietu rurki intubacyjnej na ścianę tchawicy. W praktyce jest to powikłanie dość rzadkie (choć częstość raportowana w literaturze sięga 6-21%), ale może wymagać leczenia chirurgicznego.
- **Chrypka lub zmiana głosu:** Mogą być wynikiem uszkodzenia strun głosowych lub ich obrzęku. Występują nawet u ok. 30-50% chorych. Zazwyczaj ustępują z czasem, ale w rzadkich przypadkach mogą być trwałe.
- **Trudności w polykaniu (dysfagia):** Mogą wystąpić (z częstością nawet ok. 25-50%) po długiej intubacji i wymagać rehabilitacji.
- **Oslabienie mięśni oddechowych i ogólne osłabienie (zespół po intensywnej terapii - PICS):** Występuje u znacznej części (nawet ok. 55%) pacjentów po długotrwałej wentylacji, wymaga długotrwałej rehabilitacji fizycznej i oddechowej.
- **Problemy psychologiczne:** Niektórzy pacjenci (nawet ok. 30-50%) mogą doświadczać lęku, depresji lub zespołu stresu pourazowego (PTSD) po długim pobycie na oddziale intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej. Mogą również występować zaburzenia poznawcze (pogorszenie sprawności intelektualnej). Wśród osób, które przeżyły ARDS nawet u ok. 50% zaburzenia poznawcze utrzymują się po 2 latach (szacuje się, że ok 1/3 wcześniej aktywnych zawodowo osób, które przeżyły ARDS, nie powraca do pracy). Szpital zapewnia wsparcie psychologa podczas hospitalizacji.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc, gdy jest ona wskazana z medycznego punktu widzenia, może prowadzić do bardzo poważnych, często śmiertelnych konsekwencji. Bez tego postępowania:

- Wystąpi postępujące pogorszenie niewydolności oddechowej, prowadzące do ciężkiego niedotlenienia organizmu i nagromadzenia dwutlenku węgla.
- Narządy wewnętrzne (mózg, serce, nerki) mogą ulec nieodwracalnemu uszkodzeniu z powodu niedotlenienia.
- Może nastąpić zatrzymanie krążenia i oddechu. W większości przypadków, gdy wskazana jest intubacja i wentylacja mechaniczna, ich niezastosowanie prowadzi do śmierci pacjenta.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego zabiegu

INTUBACJA DOTCHAWICZA I INWAZYJNA WENTYLACJA MECHANICZNA PŁUC

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc**

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 zabiegu 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 zabiegu 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 zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu 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 **intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc**.

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 **intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc**

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 intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc. 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 intubacji dotchawiczej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej płuc** 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 sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu**

(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