

<b>Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie o wyrażeniu świadomej zgody na wkłucie do żyły centralnej</b>
I. Nazwa proponowanej procedury medycznej (zabiegu, badania)
<p style="text-align: center;"><b><u>Wkłucie do żyły centralnej z dojścia:</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b>1) podobojczykowego po prawej lub lewej stronie</b> <b>2) żyła szyjna wewnętrzna po prawej lub lewej stronie</b></p>
II. Rozpoznanie: .....
III. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury będącej powodem zgłoszenia się pacjenta
<p>Wskazania do założenia wkłucia centralnego obejmują m. in. brak możliwości założenia wkłucia do żyły obwodowej, długotrwałą terapię dożylną, żywienie pozajelitowe, konieczność podaży leków i płynów o dużej osmolarności (o większej ilości cząsteczek w substancji czynnej), szybkiego ich przetoczenia oraz wykonania hemodializy, czy hemoperfuzji.</p> <p>Wkłucie centralne jest wykonywane w stanach zagrożenia życia, podczas leczenia w ramach Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jak również podczas długotrwałych operacji.</p> <p>Oczekowaną korzyścią jest możliwość utrzymania drogi dożylnego podawania leków, zapewnienie możliwości podaży leków i płynów o dużej osmolarności oraz szybkiego ich przetoczenia, a także możliwość wykonania zabiegu hemodializy i hemoperfuzji.</p>
IV. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze
<p>Wkłucie centralne wykonujemy w znieczuleniu miejscowym. Jeżeli pacjent zażywa przewlekłe leki, np. wpływające na układ krzepnięcia krwi oraz jest uczulony na leki i inne substancje chemiczne powinien bezwzględnie zgłosić ten fakt lekarzowi prowadzącemu. Po przygotowaniu pola w warunkach aseptyki wprowadza się igłę i identyfikuje naczynie żyłne. Następnie wprowadza się prowadnicę, a po niej cewnik z tworzywa sztucznego, jałowy, jednorazowy, apyrogenny. Cewnik mocuje się kilkoma szwami. Po wykonaniu wkłucia kontroluje się położenie cewnika zdjęciem radiologicznym.</p> <p>Sprzęt wykorzystywany podczas procedury jest jednorazowy, co zapewnia najwyższy poziom bezpieczeństwa i higieny.</p>
V. Ewentualne inne sposoby postępowania
Chirurgiczny dostęp donaczyniowy (nacięcie skóry i wypreparowanie obwodowej żyły).
VI. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Pomimo dużego doświadczenia i staranności wykonujących procedurę może dojść do powikłań. W czasie procedury przestrzegane są rygory aseptyki, ale nie można wykluczyć ryzyka zakażenia a szczególnie zakażenia endogennego (zakażenia własnego pacjenta).

Powikłania nie zdarzają się często.

Do potencjalnych powikłań zalicza się:

- krwiak w miejscu wkłucia,
- odma opłucnowa,
- uszkodzenie nerwów obwodowych i/lub splotów nerwowych,
- krwiak opłucnej,
- krwawienie,
- ropień opłucnej,
- koagulopatie (zaburzenia krzepnięcia),
- zakażenie w miejscu wkłucia.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszego leczenia, może być także przyczyną zagrożenia życia.

#### VII. Potencjalne skutki (powikłania) odległe związane z proponowaną procedurą

Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań odległych po tej procedurze jest małe. Powikłania odległe występują rzadko i mogą polegać na:

- zwężeniu naczyń,
- obrzęku kończyn.

#### VIII. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury terapeutycznej uniemożliwia przeprowadzenie szybkiej płynoterapii dożylniej i może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

## OŚWIADCZENIA

### I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam\* się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze medycznej tj. na wkłucie do żyły centralnej z dojścia ..... oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia przez .....
- 2) zostałem/am poinformowany/a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu, a także o alternatywnych metodach leczenia, lekarz wytłumaczył mi wyczerpująco naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem;

\* Niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

- 3) podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób;
- 4) miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

**Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej – wklucia do żyły centralnej z ww. dojścia.**

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że **nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej** i oświadczam, że zostałam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej:

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

## **II. Oświadczenia lekarza**

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu\* planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłem 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.

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza)

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....