

Informacja dla pacjenta proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie o świadomej zgodzie na wykonanie procedury medycznej
I. Nazwa proponowanej procedury medycznej (zabiegu, badania)
<u>Przezskórna gastrostomia endoskopowa</u>
II. Rozpoznanie: zaburzenia połykania,
III. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury będącej powodem zgłoszenia się pacjenta
Pacjent nie może przyjmować pokarmów doustnie. Po założeniu sondy PEG będzie możliwe prawidłowe odżywienie pacjenta w składniki pokarmu niezbędne do życia. Przewidywany czas żywienia przez przezskórną gastrostomię endoskopową – ponad miesiąc.
IV. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze
Operator wprowadza gastroskop do żołądka przez przełyk pacjenta i dokonuje podświetlenia powłok brzucha, następnie wprowadza przez skórę kaniulę do żołądka, przez którą następnie wprowadzany jest do żołądka prowadnik lub nić chirurgiczna, którego końcówkę chwyta specjalny instrument gastroskopu. Następnie gastroskop i uchwycony prowadnik są wysuwane przez lekarza z przewodu pokarmowego przez jamę ustną. Do prowadnika zaczepia się specjalną rurkę gastrostomijną i taką konstrukcję wprowadza się z powrotem do żołądka przy użyciu gastroskopu. Rurka zostaje wydobyta na zewnątrz, przez powłoki brzuszne, a w żołądku pozostaje jej część z silikonowym pierścieniem, zapobiegającym wysunięciu rurki. Następnie usuwa się prowadnik i gastroskop oraz pod zewnętrzną płytką mocująca PEG-a umieszcza podkład z gazy, przecięty w formie litery „Y”. Na wykonaną gastrostomię, zakłada się opatrunek.
V. Ewentualne inne sposoby postępowania
Możliwość założenia sondy do żołądka np. przez nos. Nie jest to wskazane, gdyż pacjent wymaga długotrwałego karmienia, istnieje znaczne ryzyko powstania odleżyn na przebiegu sondy oraz wyrwania sondy.
VI. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą medyczną
Zakażenie miejsca założenia gastrostomii, zaczerwienienie okolic przetoki, wyciek treści żołądkowej, wypadnięcie PEG-a, odma podskórna, wypadnięcie PEG-a, ból, gorączka i krwawienie z ziarniny
VII. Potencjalne skutki (powikłania) odległe związane z proponowaną procedurą
Zatkanie zgłębnika, pęknięcie i porowatość zgłębnika, wyprysk i nadmierna ziarnina rany
VIII. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury
Prowadzenie prawidłowego żywienia, z odpowiednią zawartością węglowodanów, białek tłuszczów i witamin może stać się niemożliwe bez założenia sondy PEG.

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam* się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze medycznej tj. przezskórnej gastrostomii endoskopowej oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia;
- 2) zostałem/am o poinformowany/a 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,
- 1) podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób;
- 2) 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 - przezskórnej gastrostomii endoskopowej.

.....
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

.....
* Niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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 proponowanego procedury medycznej.

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....
.....

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

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL