



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE
CEWNIKOWANIE ŻYŁY/TĘTNICY PĘPKOWEJ I TRANSFUZJA WYMIENNA

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

Hiperbilirubinemia nie poddająca się leczeniu intensywną fototerapią. Noworodek z konfliktu serologicznego w układzie RH (u matki p/ciała anty Rh)

3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.

Celem operacji jest usunięcie w całości pęcherzyka żółciowego wraz ze złożami w jego świetle. Zapobiega to możliwym powikłaniom obecności kamicy w pęcherzyku żółciowym w przyszłości (jak wyżej).

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.

Aby wykonać transfuzję wymienną należy najpierw przeprowadzić cewnikowanie żyły pępkowej, polegające na wprowadzeniu specjalnego cewnika z tworzywa sztucznego do żyły pępkowej. Zabieg wykonywany jest w pierwszych dniach u chorych noworodków, jako wkłucie centralne, czyli do dużego naczynia żylnego. Następnie naprzemiennie upuszcza się niewielkie ilości krwi dziecka i wprowadza do krwiobiegu takie same ilości krwi świeżej lub konserwowanej. Najdogodniejszą drogą do wymiennego przetoczenia krwi u noworodka jest droga przez żyłę/tętnicę pępowinową. Zabieg ten ma na celu uzupełnienie niedoborów czerwonych krwinek i obniżenie zbyt wysokiego poziomu bilirubiny = ratowanie życia.

Przed zabiegiem, w trakcie i po zabiegu noworodek jest karmiony dożylnie. Sam zabieg jest jałową procedurą wykonywaną w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

Możliwe powikłania to :

- zakażenia i posocznica
- zakrzep, zator

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- nieprawidłowe położenie cewnika w okolicy serca i dużych naczyń (wysięk osierdziowy/tamponada), zaburzenie rytmu serca, zapalenie wsierdza, krwotoczny zawał płuc, wysięk opłucnowy)
- nieprawidłowe położenie cewnika w układzie wrotnym (martwicze zapalenie jelit, perforacja okrężnicy, nadciśnienie wrotne, martwica wątroby, zakrzepica żyły wrotnej, naczyń nerkowych, torbiel wątrobową)
- inne (perforacja otrzewnej, wodobrzusze, przypadkowa utrata krwi związana z wysunięciem cewnika, niedokrwienie kończyn, masa grzybicza w prawym przedsionku)

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Konieczność uzyskania dojścia centralnego do zabiegu ratującego życie – transfuzji wymiennej, brak tego zabiegu powoduje nagromdzenie bilirubiny i uszkodzenie centralnego układu nerwowego.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Cewnikowanie dużych naczyń żylnych.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Przygotowanie do zabiegu ratującego życie.

9. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta) za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

10. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gł.:

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłem/ą do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałem/em poinformowany/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gł.:

* zaznacz właściwe

** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>