



**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

PRZEZSKÓRNA KANIULACJA LINII CENTRALNYCH

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.

Przezskórna kaniulacja linii centralnej polega na założeniu poprzez żyły obwodowe specjalnego plastikowego cieniutkiego cewnika z końcówką w żyłę centralnej.

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

Linie centralne stanowią podstawę intensywnej terapii noworodków wymagających przewlekłego podawania leków i żywienia pozajelitowego, szczególnie potrzebne u urodzonych przedwcześnie z małą masą urodzeniową. Możliwe jest ich utrzymanie przez kilka tygodni, bez konieczności dodatkowych wkłuć u chorych i przedwcześnie urodzonych dzieci.

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

Jałowy sprzęt w czasie monitorowania dziecka, z następową kontrolą radiologiczną położenia specjalnej kaniuli centralnej (celem ew. korekty położenia), oklejenie i nadzór nad wkłuciem

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

Możliwe powikłania to :

- zakażenia uogólnione i miejscowe
- uszkodzenia przewodu piersiowego , uszkodzenie naczynia żylnego
- uszkodzenie splotu ramiennego, uszkodzenie nerwu przeponowego
- odma opłucnowa, zator powietrzny
- skrzeplina powodująca niedrożność linii lub zatory
- zaburzenia rytmu serca, zapalenie wsierdzia

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

- tamponada wsierdzia, zespół żyły głównej górnej
- przetoka naczyniowo-płucna lub inne przetoki

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Brak możliwości terapii leczniczej, szczególnie w długotrwałym żywieniu pozajelitowym, szczególnie przy trudnościach technicznych w zakładaniu wkłuc obwodowych.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Dłuższe utrzymywanie kaniuli centralnych pępkowych ma również negatywne konsekwencje, a taka forma jest kolejnym typem i rodzajem wkłucia.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Brak.

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,

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,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

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 poinformowana/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>

* zaznacz właściwe

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

Opracowano na podstawie formularza zgody TCHP autorstwa Zespołu prof. M.Krawczyka w modyfikacji własnej dr J.Szopińskiego na potrzeby Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego Szpitala Kliczkiego im.dr.E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gł.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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