



**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_F42

ZGODA NA KORONAROGRAFIE/ANGIOPLASTYKĘ WIEŃCOWĄ

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.

Koronarografia ukazuje stan naczyń wieńcowych pacjenta oraz pozwala zaplanować skuteczne jego leczenie. Polega ono na podawaniu przez specjalny cewnik (zbudowany z cienkiej plastikowej rurki) bezpośrednio do tętnicy śródków kontrastujących oraz zapisania (na płycie CD) uzyskanych za pomocą promieni rentgenowskich ich obrazów. Dla wykonania koronarografii wykorzystuje się najczęściej drogę udową, rzadziej promieniową oraz ramienną. Nazwy te wiążą się z nazwami tętnic, do których po nakłuciu i założeniu specjalnej koszulki z zastawką (umożliwiająca wkładanie i wyjmowanie cewników bez ryzyka utraty krwi) wprowadzany jest cewnik koronarograficzny. Pacjent po koronarografii wymaga co najmniej kilkugodzinnej obserwacji, w czasie której zwraca się uwagę przede wszystkim na miejsca nakłuć oraz ewentualne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. Dlatego taki pacjent wymaga zwykle jednego dnia pobytu w szpitalu. Dzięki temu badaniu można zdecydować, czy pacjent może być leczony zachowawczo (tzw. farmakoterapia) albo czy należy skierować go na bardziej radykalną formę leczenia – czyli leczenie interwencyjne, na które składają się: operacja wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych (popularnie nazywanych bypassami) oraz zabieg angioplastyki wieńcowej.

Angioplastyka wieńcowa polega na mechanicznym poszerzeniu/udrożnieniu zwężonych/niedrożnych tętnic wieńcowych. Przez cewnik, podobny do cewnika używanego w czasie koronarografii, przez miejsce niedrożności/zwężenia przeprowadza się bardzo cienki i miękki drucik (prowadnik) do obwodu tętnicy wieńcowej. Następnie po przewodniku przesuwają się balonik (ewentualnie opłaszczony metalową siateczką – nazywaną dalej STENTEM). Po wprowadzeniu balonika (ze stentem) do miejsca niedrożności/zwężenia rozpręża się balonik powodując rozszerzenie tętnicy. Rozprężony stent pozostaje trwale w naczyniu zapobiegając zapadaniu się ścian naczyń. Po zabiegu PTCA wykonuje się kontrolną koronarografię.

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

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA KORONAROGRAFICZNEGO:

- Wyjaśnienie przyczyny bólów w klatce piersiowej.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- Ocena stopnia zaawansowania choroby celem dalszej kwalifikacji do leczenia inwazyjnego kardiologicznego, kardiochirurgicznego lub farmakologicznego.
- Ocena skuteczności leczenia interwencyjnego- Po wykonanym zabiegu plastyki tętnicy wieńcowej lub po operacji kardiochirurgicznej tętnic wieńcowych (by pass).

CELE ANGIOPLASTYKI WIEŃCOWEJ:

- Zwalczanie bólów w klatce piersiowej
- Przywrócenie zdolności do wykonywania wysiłku fizycznego
- Przywrócenie prawidłowego ukrwienia mięśnia sercowego
- Zapobieganie nowym incydentom wieńcowym (zwały, zgon)
- Wydłużenie życia chorych

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

Do zabiegu należy pozostawać na czczo (bez posiłku i płynów co najmniej 6h). Po zabiegu interwencyjnym (koronarografia/PTCA) dochodzi do czasowego założenia opatrunku uciskowego w miejscu wkłucia do naczynia (nadgarstek, łokieć lub pachwina). W razie konieczności wykonania zabiegu od tętnicy udowej – czyli „przez pachwinę”, rzadko może wystąpić konieczność długotrwałego (>12h) unieruchomienia w pozycji leżącej. Po badaniu/zabiegu pacjent wraca na oddział szpitalny, gdzie przez co najmniej kilka godzin powinien pozostawać w pozycji leżącej. Bardzo istotne jest utrzymanie w bezruchu bioder (do następnego dnia) w przypadku nakłucia tętnicy udowej w pachwinie.

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

Koronarografia jako każde badanie inwazyjne niesie ze sobą ryzyko wystąpienia powikłań. Najczęściej występują powikłania miejscowe związane z miejscem wprowadzenia koszulki do tętnicy, pod postacią miejscowego uszkodzenia tętnicy (tętniak rzekomy, krwiak, miejscowe krwawienie, niedokrwienie kończyny, infekcja). Częstość tych powikłań nie przekracza 0,6%. Inne powikłania to nadmiernie nasilony odruch naczyniowo-błędny objawiający się nagłym obniżeniem ciśnienia tętniczego i zwolnieniem częstości pracy serca, reakcje gorączkowe uczuleniowe na kontrast (reakcje skórne, skurcz oskrzeli, wstrząs anafilaktyczny). Najgroźniejsze powikłania wykonywanego badania występują rzadko, należą do nich zawał serca (0,07%), incydenty neurologiczne (0,07%),groźne zaburzenia rytmu serca i przewodnictwa(0,09%) oraz zgon (0,14%).Powikłania angioplastyki zależą od liczby i stopnia zaawansowania zmian w tętnicach wieńcowych, wydolności krążenia. (Kardiologia Polska 2005;T.63;Supl.III).

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Nieleczona choroba wieńcowa stwarza pośrednio i bezpośrednio zagrożenie dla życia i zdrowia do zgonu włącznie.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

POMOSTOWANIE AORTALNO- WIEŃCOWE, BY-PASSY (CABG)

Poważna operacja kardiochirurgiczna, polegająca na chirurgicznym wszyciu pomostów naczyniowych do obwodowych odcinków zwężonych/niedrożnych naczyń wieńcowych. Operację wykonuje się w wyspecjalizowanych ośrodkach kardiochirurgicznych a o kwalifikacji do bypassów decyduje konsylium lekarskie- „Zespół Sercowy” w skład którego wchodzi m.in. kardiolog inwazyjny, kardiochirurg oraz kardiolog zachowawczy. Postępowanie kardiochirurgiczne rozważane jest zazwyczaj gdy w czasie koronarografii stwierdza się zmiany wysokiego ryzyka:

- chorobę obejmującą pień lewej tętnicy wieńcowej
- chorobę trójnaczyniową- zmiany obejmują wszystkie główne naczynia wieńcowe
- zwężenie początkowego odcinka gałęzi zstępującej lewej tętnicy wieńcowej.

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Umożliwia obrazowanie tętnic wieńcowych po dożylnym podaniu środka cieniującego przy zastosowaniu tomografu komputerowego.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Przeciwwskazaniem do zabiegu jest: brak zgody chorego na leczenie, ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi oraz niektóre aktywne infekcje.

9. Uwagi

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,

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 przyjąłam/ąłem 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 zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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