



**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\_F43**

## **ZGODA NA NAKŁUCIE WORKA OSIERDZIOWEGO**

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.**

W warunkach fizjologicznych pomiędzy blaszkami surowiczymi worka osierdziowego znajduje się niewielka ilość płynu zmniejszająca tarcie płaszczyzn warstwy ściennej i trzewnej. W niektórych stanach chorobowych może dojść do nadmiernego gromadzenia płynu w obrębie worka osierdziowego, w skrajnych przypadkach stwarzające zagrożenie dla życia (tamponada), co może wymagać nakłucia worka osierdziowego. Wskazania do nakłucia możemy podzielić na:

1) **Lecznicze:** tamponada serca (zabieg ratujący życie z uwagi na upośledzenie funkcji serca).

2) **Diagnostyczne:** płyn w worku osierdziowym o niejasnej etiologii, jeśli jego warstwa w badaniu echokardiograficznym (w fazie rozkurczu) >20mm.

Zabieg wykonuje się w pozycji leżącej bądź półsiedzącej. Po przygotowaniu pole operacyjnego w okolicy podmostkowej, znieczulamy skórę. Następnie pod kontrolą echokardiograficzną, fluoroskopową lub elektrokardiograficzną wkłuwamy się igłą do jamy worka osierdziowego i przy pomocy specjalnego zestawu usuwamy nadmiar płynu z jego wnętrza. Dren może pozostawać w worku na czas uzależniony od wskazań klinicznych. Płyn poddawany jest diagnostyce laboratoryjnej. Następnie usuwa się zestaw do drenażu a miejsce nakłucia zabezpiecza opatrunkiem.

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

**Terapeutyczne** – usunięcie nadmiaru płynu poprawia rzut serca w przypadku tamponady.

**Diagnostyczne** – rozpoznanie choroby prowadzącej do nadmiaru płynu w worku osierdziowym.

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

Zabieg wykonywany jest na czczo, po uzyskaniu świadomej zgody chorego. Bezpośrednio po zabiegu należy leżeć (w zależności od wskazań) z opatrunkiem w celu ograniczenia prawdopodobieństwa krwawienia z rany.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

Przebiecie mięśnia sercowego i naczyń wieńcowych, zator powietrzny, odma opłucnowa, zaburzenia rytmu (zwykle bradykardia w wyniku odruchu wazowagalnego), nakłucie jamy otrzewnej lub narządów jamy brzusznej.

### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia

Zagrożenie życia w przypadku tamponady osierdzia.

### 7. Alternatywnych metodach leczenia

Leczenie operacyjne – zabieg kardiochirurgiczny.

### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Tamponada serca z rozwarstwieniem aorty (konieczna niezwłoczna interwencja kardiochirurgiczna). W przypadku nakłucia diagnostycznego przeciwwskazania względne: niewyrównane zaburzenia krzepnięcia, leczenie przeciwkrzepliwe, liczba płytek krwi <50 000/ $\mu$ l, małe i otorbione zbiorniki płynu w tylnej części jamy osierdzia.

### 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,

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

- 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/a 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 badanie/zabieg**

<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 badanie/zabieg**

<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)

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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