



**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_F3

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE
CEWNIKOWANIE ŻYŁY PĘPKOWEJ

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.

Cewnikowanie żyły pępkowej polega na wprowadzeniu specjalnego cewnika z tworzywa sztucznego do żyły pępkowej, zabieg wykonywany w pierwszych dniach u chorych noworodków, jako wkłucie centralne, czyli do dużego naczynia żylnego- do podawania leków i płynów – odżywiania pozajelitowego.

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

- Wkłucie centralne konieczne w prowadzeniu terapii (podaż płynów i leków), resuscytacja po urodzeniu, np. adrenaliny,
- transfuzja wymienna krwi i częściowa transfuzja wymienna krwi,
- centralne dożycie żyłne,
- u noworodków z bardzo małą masą urodzeniową może służyć do pobierania krwi do badań.

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

Sam zabieg jest jałową procedurą wykonywaną w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka w warunkach sterylnych.

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

Możliwe powikłania to:

- zakażenia i posocznica,
- zakrzep, zator powietrzny,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

- Konieczność uzyskania dojazdu centralnego do zabiegu ratującego życie –jak resuscytacja, transfuzja wymienna,
- prowadzenie podaży leków i żywienia pozajelitowego.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Cewnikowanie obwodowych naczyń dożylnych, w drugiej kolejności – problemy z podawaniem dużych ilości płynów, częste wkłucia to możliwość zakażeń.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Przygotowanie do zabiegu ratującego życie i prowadzenia terapii wcześniaków.

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,

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

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>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na cewnikowanie żyły pępkowej

<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 cewnikowanie żyły pępkowej

<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>