



**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

ZAŁOŻENIE SONDY DOŻĄŁDKOWEJ

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.

Założenie sondy do żołądka jest to zabieg łatwy i powszechnie stosowany. Procedura polega na założeniu rurki z tworzywa sztucznego (sondy dożołądkowej) przez jamę ustną (w szczególnych przypadkach przez nos), na określoną (ustaloną wcześniej) głębokość – tak aby jej końcówka znalazła się w żołądku.

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

Jest to zabieg konieczny, gdy nie można karmić butelką lub naturalnie, szczególnie u wcześniaków, gdy występują zaburzenia oddychania lub zaburzenia neurologiczne. Karmienie przez sondę dożołądkową jest rutynową procedurą na wszystkich oddziałach intensywnej terapii noworodka. Jest to też zabieg niezbędny do oceny drożności przełyku; może być bezwzględnie konieczny bezpośrednio po porodzie do uwolnienia z nadmiaru płynu owodniowego, szczególnie z patologiczną treścią.

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

Procedura polega na założeniu rurki z tworzywa sztucznego (sondy dożołądkowej) przez jamę ustną (w szczególnych przypadkach przez nos), na określoną (ustaloną wcześniej) głębokość – tak aby jej końcówka znalazła się w żołądku. W przypadku oporu- nie stosuje się siły; okresowo sprawdza, czy końcówka sondy jest położona prawidłowo; zaprzestaje się wprowadzania sondy w przypadku kaszlu, zaburzeń oddychania lub niepokoju. W przypadku wątpliwości co do położenia końcówki sondy-wykonuje się zdjęcie rtg lub usuwa sondę.

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

Możliwe powikłania obejmują:

- bezdech /spadki saturacji/ , bradykardia, perforacja przełyku lub żołądka, nasilenie refluksu żołądkowo-przełykowego
- nieprawidłowe położenie lub przesunięcie końcówki sondy, zagięcie sondy
- uszkodzenie skóry w miejscu stabilizacji sondy, szczególnie u skrajnych wcześniaków,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

- w przypadku założenia sondy przez nos - podrażnienie/martwica śluzówek nosa, utrudnienie oddychania przez nos,
- uszkodzenie skóry w miejscu stabilizacji sondy plasterem, zwłaszcza u niedojrzałych wcześniaków,

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Nie istnieje możliwość podania pokarmu dojelitowo.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Nie istnieje metoda alternatywna.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Stan bezpośrednio po operacji przetyku, perforacja przetyku.

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 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. gł.:

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 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 właściwie

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

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>