



**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_F111

**ZGODA NA LECZENIE W PORADNI ŻYWIENIA KLINICZNEGO ŻYWIENIE POZAJELITOWE W
WARUNKACH DOMOWYCH**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) poproszony (a) o dokładne przeczytanie wszystkich informacji zawartych w tej zgodzie i o wyrażenie w pełni świadomej i dobrowolnej zgody na opisaną poniżej procedurę. Wytłumaczono mi, że powinienem(nam) zadawać pytania o wszystko czego nie rozumiem i co pozostaje niejasne dla mnie. W pełni rozumiem, że zawarte w dokumencie informacje o proponowanym zabiegu mają na celu pomóc mi w podjęciu świadomej zgody na procedurę. Zdaję sobie sprawę, że na podstawie wykonanych badań i oceny klinicznej, obejmujących między innymi wywiad chorobowy, badanie fizykalne i przegląd badań diagnostycznych, rozpoznano u mnie stan niewydolności przewodu pokarmowego wymagający zastępczego leczenia żywieniowego pozajelitowego.

**INFORMACJA O PLANOWANYM POSTĘPOWANIU LECZNICZYM:
ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH**

1. Cel i metody.

Żywienie pozajelitowe (CŻP) to dożylna podaż mieszaniny aminokwasów jako źródła białka, węglowodanów i tłuszczów jako źródła energii oraz witamin, minerałów i pierwiastków śladowych z adekwatną podażą wody. Żywienie pozajelitowe stosowane jest u pacjentów niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem, u których nie jest możliwa wystarczająca podaż drogą doustną lub dojelitową. Obejmuje to szeroką gamę schorzeń określanych mianem niewydolności jelit. Uznaje się, że brak możliwości pokrycia przynajmniej 70% zapotrzebowania białkowo-energetycznego drogą przewodu pokarmowego jest wskazaniem do żywienia pozajelitowego.

Najczęstsze wskazania do żywienia pozajelitowego domowego obejmują:

- zespół krótkiego jelita: stan po rozległych resekcjach jelit z powodów naczyniowych lub zapalnych;
- zaburzenia pasażu jelitowego: niedrożność pooperacyjna lub niedrożność rzekoma, objawy uboczne chemioterapii, choroba nowotworowa itp.
- niedostateczną powierzchnię wchłaniania błony śluzowej jelit: najczęściej w chorobach zapalnych, w popromiennym zapaleniu jelit, w nasilonej odpowiedzi zapalnej itp.;
- przetoki jelitowe: wewnętrzne i zewnętrzne, a zwłaszcza wysokie przetoki przewodu pokarmowego.

2. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji.

Całkowite żywienie pozajelitowe (CŻP) jest dosyć skomplikowaną procedurą medyczną polegającą na podawaniu dożylnym wszystkich niezbędnych substratów żywieniowych tj. aminokwasów, glukozy, tłuszczów, witamin, elektrolitów, pierwiastków śladowych i wody. Kwalifikacja do żywienia pozajelitowego domowego odbywa się wyłącznie w warunkach szpitalnych. Terapia ta dotyczy wyłącznie chorych stabilnych, których leczenie może być prowadzone w warunkach domowych.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

W warunkach domowych żywienie pozajelitowe podaje się wyłącznie drogą żył centralnych – chory musi mieć założony dostęp do żyły centralnej (np. cewnik typu Broviac, port naczyniowy). Założenie dostępu centralnego odbywa się w szpitalu w warunkach bloku operacyjnego i jest elementem kompleksowego przygotowania do żywienia domowego.

CŻP stosuje się w postaci indywidualnych worków przygotowanych do podaży dożylniej. Liczba godzin w ciągu doby, podczas której przetacza się mieszaninę żywieniową określana jest indywidualnie i wynosi zwykle kilkanaście godzin. Celem CŻP jest poprawa stanu odżywienia lub zmniejszenie strat białkowo-energetycznych wynikających z choroby. Korzyści wynikające z CŻP to między innymi: szybsza rekonwalescencja, szybsze gojenie ran, zmniejszenie ryzyka powikłań choroby podstawowej, umożliwienie życia. W przypadku braku jelit CŻP umożliwia przeżycie (chory nie ma możliwości zdobywania pokarmu w inny sposób).

Bezpieczne żywienie pozajelitowe w domu wymaga przeszkolenia opiekuna (np. członka rodziny). W początkowym okresie nie szkolimy pacjenta bezpośrednio, niezbędna jest opieka osoby trzeciej, która deklaruje chęć podłączania i odłączania żywienia oraz stały kontakt z ośrodkiem prowadzącym leczenie żywieniowe. Żywienia w domu NIE BĘDZIE OBSŁUGIWAĆ pielęgniarka z poradni. Szkolenie dotyczy zasad aseptycznego (jałowego) przygotowania i podłączania żywienia pozajelitowego w domu oraz obsługi dostępu centralnego. Szkolenie trwa zwykle około 2 tygodni.

Szkolenie przeprowadza pielęgniarka Poradni Żywienia Klinicznego a chory może zostać wypisany do domu dopiero, kiedy kontynuacja żywienia w domu będzie bezpieczna (po zakończeniu szkolenia i sprawdzeniu umiejętności opiekuna).

Po wypisaniu do domu choremu podłącza się odpowiednio przygotowane mieszaniny żywieniowe w sposób jałowy do wkłucia centralnego. Mieszaniny żywieniowe i niezbędny sprzęt (strzykawki, gaziki, płyny dezynfekujące) dostarczane są systematycznie z poradni żywieniowej. Opiekun pacjenta, który deklaruje chęć prowadzenia żywienia w domu musi utrzymywać stały kontakt z zespołem leczącym. Podany przez nas numer telefonu jest dostępny codziennie celem kontaktu. Ponadto warunki socjalne w miejscu przebywania pacjenta muszą zapewniać możliwość bezpiecznego prowadzenia tej terapii (warunki higieniczne, lodówka itd.). Brak spełnienia w/w zasad uniemożliwia zakwalifikowanie chorego do CŻP w warunkach domowych.

3. Opis innych dostępnych metod leczenia.

Z definicji wskazań do CŻP wynika, że nie ma alternatywnej metody odżywienia pacjenta. Żywnienie doustne a także żywienie dojelitowe dietami przemysłowymi w dawkach nie pokrywających zapotrzebowania białkowo-energetycznego nie przynosi pożądanego efektu terapeutycznego i prowadzi do pogłębiania się niedożywienia oraz wtórnych następstw tego niedożywienia. Dlatego też, jeśli istnieją wskazania do zastosowania CŻP to jest to procedura medyczna, której nie da się zastąpić żadną inną formą leczenia.

Dla chorych z zespołem krótkiego jelita ewentualną opcją są zabiegi przeszczepienia jelit. Zabiegi te nie są wykonywane w Polsce, rocznie wykonuje się ich kilkanaście na świecie, wiążą się z dużym ryzykiem powikłań i zgonu w okresie okołoperacyjnym oraz wysokim ryzykiem odrzucenia przeszczepu.

4. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją.

Powikłania ŻP można podzielić na związane z dostępem żylnym oraz powikłania metaboliczne. Najgroźniejszym powikłaniem związanym z dostępem żylnym jest zakażenie cewnika w żyłę centralnej. Zakażenie cewnika do podaży żywienia pozajelitowego, może prowadzić do sepsy i w krańcowych przypadkach do powikłań śmiertelnych. Objawy zakażenia odcewnikowego to zwykle gorączka i dreszcze, złe i pogarszające się samopoczucie pojawiające się zwykle 1-1,5 godz. po podłączeniu żywienia. Objawy zakażenia krwi postępują bardzo szybko (w ciągu kilku godzin) i wymagają pilnej reakcji. Umiejętności rozpoznania zakażenia odcewnikowego są elementem szkolenia opiekuna pacjenta przed rozpoczęciem żywienia domowego.

Chorzy w trakcie żywienia pozajelitowego wymagają ścisłego monitorowania celem uniknięcia powikłań metabolicznych związanych z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej, węglowodanowej, białkowej i tłuszczowej. Stosunkowo częste są zaburzenia poziomu glukozy we krwi. Inne powikłania metaboliczne, mimo że są rzadkie w trakcie CŻP, to mogą prowadzić do poważnych zaburzeń funkcji narządów i pogorszenia się stanu chorego a w krańcowych przypadkach mogą być śmiertelne. Celem monitorowania leczenia żywieniowego wykonuje się badania krwi, standardowo 1x na kwartał, czasem częściej.

W skrajnych przypadkach, zwłaszcza u pacjentów z bardzo wysoką przetoką przewodu pokarmowego i długotrwałe leczonych pozajelitowo ujawnia się przewlekłe uszkodzenie wątroby, które może prowadzić do marskości i ciężkich powikłań.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Powikłania odległe są rzadkie i mogą być związane z długotrwałym utrzymywaniem cewnika w żyłę główną górnej lub przebyłym zakażeniem cewnika w żyłę centralną. Należą do nich zakrzepica, zapalenie wsierdza, następowa niedomykalność zastawek serca i niewydolność krążenia. Rzadko obserwuje się też osteoporozę (ze względu na ryzyko jej rozwoju wykonuje się okresowo badania gęstości kości).

5. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia.

Typowym Rezygnacja z CŻP wiąże się z ryzykiem rozwoju lub pogłębienia niedożywienia, co zwiększa możliwość wystąpienia powikłań – głównie zakażeń, kacheksji, odleżyn, ostatecznie zgonu. Chorych do żywienia pozajelitowego w warunkach domowych kwalifikuje się rzadko – jeżeli już takie wskazania istnieją, brak żywienia uniemożliwia przeżycie.

6. Oświadczenie pacjenta.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam poinformowany/na o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź.

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie: żywienie pozajelitowe w warunkach domowych i zobowiązuję się do przestrzegania przedstawionych zasad jego prowadzenia. W tym wyrażam zgodę na czynności inwazyjne takie jak pobieranie krwi/moczu, wymianę dostępu, zmiany opatrunków i inne czynności wykonywane przez personel medyczny (lekarze i pielęgniarki Poradni) w ramach prowadzonego leczenia.

Zobowiązuję się do informowania personelu medycznego Poradni Żywienia Klinicznego o każdorazowym pobycie w szpitalu lub innym podmiocie świadczącym usługi medyczne. Jednocześnie zostałem poinformowany/a, o możliwości cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Zmiana poradni żywieniowej jest możliwa wyłącznie po uzgodnieniu z zespołem leczącym i na podstawie kontaktu Poradni Żywienia Klinicznego z inną wybraną przez Panią/Pana poradnią.

Dodatkowe informacje:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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 proponowanej terapii i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących procesu leczenia

a w szczególności wizyt, planowanych dostaw materiałów i mieszanin żywieniowych, hospitalizacji.

zostałam/am poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

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 terapii,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/-ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące proponowanej terapii, rozumiem, że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt leczenia a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na udział w procedurach zabiegowych studentów kierunków medycznych odbierających naukę / praktykę w Szpitalu Klinicznym Politechniki Bydgoskiej

wyrażam zgodę na kontakt przedstawicieli szpitala celem oceny skutków odległych terapii lub przedstawienia propozycji udziału w badaniu naukowym / ankiecie po zakończeniu leczenia

<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 wdrożenie proponowanej terapii

<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>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONA ZGODE* na przeprowadzenie proponowanej terapii

<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>