

Szanowna Pani, Szanowny Panie.

Zostanie Pani/Panu poddana(y) zabiegowi angiografii.

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby tę decyzję ułatwić, informujemy o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach tego zabiegu.

Jest to zabieg diagnostyczny, dzięki któremu lekarz może ocenić anatomię tętnic, w tym m.in.: tętnic kończyn dolnych, kończyn górnych, tętnic głowy i szyi.

Badanie będzie wykonywane w Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Polega ono na nakłuciu prawej lub lewej tętnicy udowej w okolicy pachwiny lub tętnicy promieniowej prawej lub lewej w okolicy nadgarstka (po uprzednim znieczuleniu miejscowym) bądź tętnicy ramiennej prawej lub lewej oraz wprowadzeniu do tętnicy tzw. koszulki naczyniowej (teflonowej rurki o średnicy ok. 3-4 mm). Koszulka służy jako „wejście”, przez które pod kontrolą lampy rentgenowskiej wprowadza się cewniki bezpośrednio do wybranych naczyń i wstrzykując kontrast ocenia się ich anatomię.

Ocenie podlega:

1. obecność i umiejscowienie zwężeń w tętnicach,
2. charakter zmian,
3. stopień zwężenia światła tętnicy określane w procentach, ew. pomiar przepływów krwi.

Kontrast wstrzykiwany jest kolejno w kilku projekcjach. Obraz rejestrowany jest na dysku. W trakcie wstrzyknięć może Pani (Pan) poczuć krótkotrwałe, przejściowe uczucie „gorąca”, bólu w klatce piersiowej.

Bezpośrednio po badaniu diagnostycznym lekarz wykonujący podejmie decyzję o dalszej kwalifikacji leczniczej tj.:

1. wykonaniu zabiegu „poszerzania zwężonych tętnic ” tzw. **przezskórnej angioplastyki (PTCA)** w terminie niezwłocznym, bądź późniejszym,
2. lub o dalszym leczeniu chirurgicznym,
3. lub o dalszym leczeniu farmakologicznym.

Angioplastyka jest zabiegiem leczniczym, który ma na celu zlikwidowanie lub złagodzenie Pani (Pana) dolegliwości oraz zmniejszenie ryzyka ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Wykonuje się go tą samą drogą przez założone wcześniej dojścia w tętnicy udowej/promieniowej/ramiennej w przypadku niezwłocznej decyzji lub poprzez ponowne nakłucie tętnicy w terminie późniejszym albo poprzez nakłucie innej tętnicy. Przez światło cewnika, na przewodniku angioplastycznym (bardzo cienki „drucik”), wprowadza się do tętnicy w miejsce zwężenia balon, wypełnia się go kontrastem, co powoduje wprasowanie blaszki miażdżycowej w ścianę tętnicy, poszerzenie światła naczynia i poprawę przepływu krwi. W trakcie napełniania balonu zamyka się na krótki okres „poszerzaną” tętnicę, co może objawiać się bólem. Skuteczność zabiegu lekarz sprawdza na bieżąco podając kontrast do tętnicy. Następnie zazwyczaj wykonujący wszczepia w miejsce zwężenia stent wieńcowy (rodzaj

metalowej protezy), który wprasowuje blaszkę miażdżycową w ścianę naczynia, stanowiąc swoiste „rusztowanie”. Bezpośrednio po zabiegu w przypadku dostępu promieniowego lub po około 6 godzinach po zabiegu angioplastyki wykonywanym z dostępu udowego / ramiennego lekarz usuwa koszulkę naczyniową, uciskając miejsce wkłucia, aż do momentu zahamowania krwawienia. Po zabiegu istnieje konieczność leżenia z opatrunkiem uciskowym oraz wyprostowaną nogą/ręką przez 6-12 godzin po to, aby nie doszło do krwawienia z miejsca nakłucia tętnicy oraz aby zminimalizować ryzyko powstania powikłań miejscowych. Dodatkowo należy wypić ok. 1,5 l niegazowanej wody mineralnej (o ile lekarz nie zaleci inaczej) w celu przyspieszenia wydalania kontrastu przez nerki. Badanie jest wykonywane sprzętem jednorazowego użytku.

W trakcie zabiegu lub po nim może dojść do powikłań.

Należą do nich:

1. powikłania miejscowe (do 10%): powstanie krwiaka w miejscu wkłucia, krwotok z miejsca wkłucia, powstanie tętniaka rzekomego tętnicy udowej, przetoki tętniczo-żylny bądź krwiaka zaotrzewnowego, perforacja naczynia, rzadko ostre lub przewlekłe niedokrwienie kończyny.
2. powikłania ogólne (do 6%): reakcja alergiczna na podawany kontrast, groźne zaburzenia rytmu i rzadko występujące: zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, zgon.

Uwaga! Po zabiegu zaprzestanie, bądź niestosowanie się do zaleceń lekarskich, w tym farmakoterapii (niezależnie od działań ubocznych leków), może doprowadzić do pogorszenia się Pani (Pana) stanu zdrowia, do zgonu włącznie.

Zabieg ten jest wykonywany z użyciem promieniowania jonizującego „X”. Każda dawka promieniowania jonizującego może być niekorzystna dla zdrowia ludzkiego. Dołożymy jednak wszelkich starań aby była ona jak najmniejsza.

Prosimy zadawać pytania przy wszelkiego rodzaju wątpliwościach, pytania proszę zgłaszać lekarzowi prowadzącemu lub wykonującemu badanie.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że w rozmowie z

Zostałem (am) poinformowany(a) o wynikach przeprowadzonych u mnie badań, stanie mojego zdrowia i o istotnych ryzykach związanych z przeprowadzeniem zabiegu:

.....
(wpisać nazwę zabiegu)

Rozumiem, na czym zabieg ten ma polegać i rozumiem konieczność wyrażenia przeze mnie zgody na zabieg. Otrzymałem(am) ustnie i pisemnie wystarczającą ilość informacji na temat sposobu przeprowadzenia zabiegu, możliwych powikłaniach i ich konsekwencji (ze zgonem włącznie). Rozumiem zagrożenia i ryzyka związane z jego przeprowadzeniem jak również korzyści z zaniechania tego zabiegu.

Otrzymałem(am) odpowiedzi na wszystkie zadane pytania, a ponadto uzyskałem pisemną informację na temat zabiegu, z którą zapoznałem(am) się i oświadczam, że wyrażam pełną i świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

Zostałem(am) też poinformowany(a), że mogę zadawać dalsze pytania oraz odmówić poddania się temu zabiegowi aż do jego rozpoczęcia.

Rozumiem, że zarówno poddanie się temu zabiegowi jak i rezygnacja z tego zabiegu nie oznacza zakończenia leczenia.

Miałem(am) możliwość zadawania pytań lekarzowi i wyrażam pełną i świadomą zgodę na powyższą metodę leczenia. Zostałem poinformowany(a) o ryzyku zabiegu i jego następstwach.

Po przedstawieniu przez lekarza wyczerpujących informacji na temat proponowanego zabiegu zostałem(am) także poinformowany(a), że mogę nie wyrazić zgody na powyższy zabieg wraz ze szczegółową informacją dotyczącą konsekwencji podjęcia decyzji odmownej. Przy czym odmowa poddania się zabiegowi nie oznaczałaby zakończenia leczenia.

Niniejszym wyrażam pełną i świadomą zgodę na proponowany zabieg.

Oryginał tego formularza wyrażenia pełnej i świadomej zgody na zabieg zostanie włączony do dokumentacji medycznej.

.....
(podpis chorego lub jego opiekuna prawnego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

Zabrze, dnia

Miejsce na naklejkę z imieniem i
nazwiskiem pacjenta i
nr historii choroby

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
ANGIOGRAFIA, ANGIOPLASTYKA
Informacja dla pacjenta

O konsekwencjach wynikających z mojej świadomej decyzji **odmawiającej zgody na zabieg**

.....
(wpisać nazwę zabiegu)

zostałam(em) szczegółowo poinformowana(y). Rozumiem przy tym, że odmowa poddania się zabiegowi nie oznacza zakończenia leczenia.

Niniejszym oświadczam, że **nie wyrażam zgody** na proponowany zabieg.

Zabrze, dnia

.....
(*podpis chorego lub jego opiekuna prawnego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

(*podpis chorego lub jego opiekuna prawnego tylko w przypadku niewyrażania zgody na zabieg)

Oryginał tego formularza **niewyrażenia** pełnej i świadomej zgody na zabieg zostanie włączony do dokumentacji medycznej.