



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZAŁOŻENIE WKŁUCIA CENTRALNEGO

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO WKŁUCIA DO ŻYL CENTRALNYCH

Na podstawie dotychczasowej obserwacji istnieje u Pana/Pani potrzeba wykonania wkłucia do żyły centralnej w celu przetaczania dużych objętości płynów. Wśród wskazań do założenia kaniuli do żyły centralnej są: brak możliwości wkłucia do żył obwodowych, stosowanie środków o wyższej osmolarności, podawanie środków obkurczających naczynia (katecholaminy), przewidywana długotrwała terapia dożylna, konieczność agresywnej płynoterapii, hemodializa, plazmafereza.

Zgodnie z współczesną wiedzą medyczną istnieją u Pana/Pani wskazania do wykonania wkłucia do żyły centralnej.

2. METODA WYKONANIA WKŁUCIA DO ŻYŁY CENTRALNEJ

Proponowany zabieg polega na nakłuciu wybranej z żył centralnych i wprowadzeniu do nich cewnika. Najczęściej w pierwszej kolejności polecany jest dostęp do żyły szyjnej wewnętrznej albo zewnętrznej, następnie do żyły podobojczykowej i udowej. Podczas wykonywania zabiegu wprowadzania cewnika do żyły centralnej obowiązuje zachowanie ścisłych zasad aseptyki. Wykonujący zabieg, w celu ochrony zarówno pacjenta, jak i siebie, powinien zakładać sterylne rękawiczki. Celem proponowanego zabiegu jest uzyskanie dostępu do łóżyska naczyniowego do przetaczania płynów dożylnie.

3. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA NASTĘPSTWA WKŁUCIA CENTRALNEGO

Wśród możliwych do przewidzenia następstw jest niebezpieczeństwo krwawienia w miejscu kaniulacji u osób z zaburzonym układem krzepnięcia. Dlatego u tych pacjentów trzeba dążyć do podniesienia poziomu płytek krwi do co najmniej 60 tysięcy przed wykonaniem zabiegu. Również wskazane jest radiologiczne potwierdzenie położenia cewnika centralnego po wykonaniu zabiegu jako działanie rutynowe.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- odma opłucnowa i podskórna
- hydrothorax (zbieranie się przetaczanych płynów w śródpiersiu lub jamie opłucnej)
- zator powietrzny
- zakrzep
- nakłucie tętnicy
- krwiak
- nakłucie przewodu piersiowego
- uszkodzenie splotu barkowego
- uszkodzenie ściany naczynia lub serca (tamponada)
- zaburzenia rytmu w trakcie wprowadzania cewnika
- niewłaściwa pozycja kaniuli

Po uwzględnieniu Pana/Pani stanu klinicznego stwierdzam*/nie stwierdzam* ryzyko wysokiego stopnia



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

wystąpienia powikłania

Jednocześnie informuję, iż ww. wskazanie nie wyklucza możliwości wystąpienia pozostałych powikłań wymienionych powyżej.

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis
pacjenta/pacjentki

*niepotrzebne skreślić

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego badania jest w Pana/Pani przypadku:

[] duże [] średnie [] ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowane badanie rokowanie co do Pana/Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....
..

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko co chciałby/aby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie neurologii zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA CHOREGO CO DO PROPONOWANEGO ZABIEGU

.....
.....

7. OŚWIADCZENIE CHOREGO

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią

Dr.....

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

-rozpoznanie

-proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych

-dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania

-rokowania

-ewentualnego leczenia powikłań

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem diagnostycznym.

ŚWIADOMA ZGODA



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....
(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....
(rodzaj zabiegu)

oraz nie zgadzam się na ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta

Podpisanie formularza przez chorego jest niemożliwe z powodu:

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza