

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

## FORMULARZ ZGODY

### **I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody**

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

### **II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**

Amputacja w obrębie stopy w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej

### **III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta**

Stwierdzono u Pana/Pani krytyczne niedokrwienie (martwicę) tkanek w obrębie stopy/palców stopy. Przyczyną krytycznego niedokrwienia (martwicy) części kończyny dolnej jest niedrożność tętnic zaopatrujących kończynę w krew. Najczęstszą przyczyną niedrożności tętnic kończyn dolnych jest miażdżycza. W Pani/Pana przypadku dodatkowym czynnikiem, który przyspieszył i nasilił zmiany niedokrwienne i martwicze jest cukrzyca. Zaawansowane zmiany miażdżycowe tętnic kończyn dolnych wywołują przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych. Istota choroby polega na stopniowo postępującym procesie zwężania się tętnic w miarę powiększania się blaszek miażdżycowych. Zwężenia a następnie niedrożności tętnic kończyn dolnych są przyczyną zbyt małego dopływu krwi do mięśni kończyny dolnej. W początkowym okresie choroby, gdy zwężenia są niewielkie chory odczuwa zmęczenie, osłabienie i ból mięśni (uda, goleni) podczas chodzenia. Ten objaw nazywa się chromaniem przestankowym. Gdy zmiany w tętnicach są bardziej nasilone, krwi do mięśni dopływa na tyle mało, że pojawiają się bóle podczas snu a następnie w spoczynku. Uniemożliwia to sen i wypoczynek w pozycji leżącej. W najbardziej zaawansowanym stadium choroby dochodzi do zmian martwiczych w obrębie stopy lub goleni. Cukrzyca, zwłaszcza źle kontrolowana przyspiesza i nasila powstawanie zmian miażdżycowych głównie poprzez zajęcie tętnic o małej średnicy. Do takiej sytuacji doszło w Pana/Pani przypadku. Wykonane badania wykazują, że zaawansowanie choroby uniemożliwia wykonanie operacji rekonstrukcyjnej tętnic lub zabiegu wewnątrznaczyniowego, który zapewniłby prawidłowe ukrwienie kończyny i tym samym uratowały kończynę przed amputacją. Dlatego amputacja jest w Pana/Pani przypadku jedynym możliwym sposobem leczenia, który może uchronić Pana/Panią przed groźnymi powikłaniami i/lub śmiercią.

### **IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Amputacja palców/palca stopy/części stopy jest operacją, która uwolni Panią/Pana od bólu i uratuje Panu/Pani życie. Ma na celu nie dopuszczenie do rozszerzania się i pogłębiania niedokrwienia,

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

powstania martwicy, zakażenia niedokrwionych i martwych tkanek. Po zakwalifikowaniu do operacji konieczne jest przeprowadzenie podstawowych badań. Należy oznaczyć grupę krwi, morfologię, parametry krzepnięcia, poziom glukozy, mocznika, kreatyniny, sodu i potasu w surowicy krwi oraz wykonać badanie ogólne moczu. Konieczne jest wykonanie prześwietlenia klatki piersiowej oraz elektrokardiogramu. Amputację w obrębie stopy można wykonać w znieczuleniu przewodowym (dolędźwiowym) lub w ogólnym. Znieczulenie ogólne jest bardziej komfortowe, gdyż znosi nie tylko ból ale i świadomość, jest jednak bardziej obciążające dla chorego. Znieczulenie przewodowe, które znosi ból równie skutecznie jak znieczulenie ogólne, stanowi jednak mniejsze obciążenie dla chorego i wywołuje mniej powikłań. Podczas operacji przecina się skórę, mięśnie oraz kości w obrębie stopy w granicach dobrego ukrwienia tkanek. Kikut kończyny dolnej wytwarza się w taki sposób, aby po zagojeniu możliwe było chodzenie na tej kończynie. Operację kończy założenie szwów odroczonej i założenie opatrunku. Szwy odroczone dociąga się gdy rana pooperacyjna jest wolna od zakażenia. Szwy zdejmuje się po zazwyczaj 10-14 dniach.

## **V Opis innych dostępnych metod leczenia**

W przypadku krytycznego niedokrwienia (martwicy) stopy bez możliwości wykonania operacji rekonstrukcyjnej tętnic ani zabiegu wewnątrznaczyniowego przywracających przepływ krwi amputacja jest jedynym zabiegiem zapobiegającym groźnym dla życia powikłaniom i/lub śmierci.

## **VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją**

Amputacja w obrębie stopy może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych):

- zakrzepicą żył głębokich. Objawy zakrzepicy żył głębokich to obrzęk i ból kończyny. Zakrzepica żył głębokich może być powikłana zatorowością płucną. Objawami zatorowości płucnej mogą być nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca.
- krwawienia śród i pooperacyjnego, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi;
- zakażenia rany pooperacyjnej. Może to prowadzić do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok w ranie pooperacyjnej. Może także być przyczyną krwotoków septycznych
- wyciek chłonki z rany pooperacyjnej. Może trwać długo, jest bardzo trudny do leczenia. Przedłuża gojenie się rany i opóźnia powrót do normalnej aktywności. Może sprzyjać zakażeniu rany pooperacyjnej.
- zaburzeniami gojenia rany wynikającymi z upośledzonego ukrwienia tkanek
- zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczkę zakaźną);
- uszkodzeniem skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;
- powstaniem dużych, szpecących i przeszkadzających blizn, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- niewydolności nerek

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

- zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca
- zawału serca
- zaburzeń oddychania aż do niewydolności oddechowej wywołanej np. zatorowością płucną

Większość w/w powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

## **VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....  
.....  
.....

## **VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych**

Amputacja w obrębie stopy zapobiega groźnym dla życia i zdrowia powikłaniom: zakażeniu, niewydolności nerek, niewydolności wielonarządowej. Jeśli kikut kończyny zagoi się prawidłowo, konieczna będzie długotrwała i trudna rehabilitacja. Jej celem będzie nauka chodzenia, początkowo przy pomocy kul a następnie bez ich pomocy. Zaburzenia gojenia rany pooperacyjnej mogą wymagać kolejnych operacji lub amputacji.

Amputacja nie jest leczeniem przyczynowym. Postępująca miażdżyca tętnic oraz cukrzyca może spowodować niedokrwienie kikuta kończyny, co może być wskazaniem do kolejnych operacji lub amputacji.

## **IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia**

Rezygnacja z amputacji krytycznie niedokrwionej lub martwej stopy/palców stopy prowadzi do groźnych powikłań, przede wszystkim uogólnionego zakażenia i trudności w kontroli glikemii. Uogólnione zakażenie jest powikłaniem groźnym dla zdrowia i życia. Śmierć w przebiegu ogólnego zakażenia (sepsy) następuje w wyniku niewydolności wielonarządowej (układu krążenia, oddechowego, nerek). Obecność martwicy i zakażenia tkanek doprowadzić może do braku możliwości skutecznej kontroli poziomu glikemii.

## **X Oświadczenie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez ..... o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia:.....

.....  
.....  
.....

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

\* niepotrzebne skreślić