

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

ŻYWIENIE DOJELITOWE / ŻD

### III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Najczęściej stosowaną metodą żywienia dojelitowego jest żywienie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy. W tym celu stosuje się cienkie, elastyczne zgłębniki o długości 70-90 cm wprowadzone przez nos do żołądka lub dłuższe zgłębniki wprowadzone do jelita cienkiego. Zgłębniki można zakładać śródoperacyjnie, a także pod kontrola radiologiczna i endoskopowo. Żywienie dojelitowe prowadzone jest za pomocą diet przemysłowych, dostarczanych w fabrycznych sterylnych pojemnikach o różnej objętości i składzie, które można dobrać indywidualnie dla chorego. Diety podawane są metodą ciągłego wlewu najczęściej przy użyciu pompy.

Wskazania do żywienia dojelitowego obejmują wskazania do leczenia żywieniowego tj.:

- niezamierzona utrata wagi ciała powyżej 5% mimo braku zmiany nawyków żywieniowych, nietolerancji pewnego rodzaju pokarmów, niemożności przyjmowania pokarmów drogą doustną wymagające wytworzenia wprowadzenia zgłębnika bądź wytworzenia sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego,
- wyniszczenie, niedożywienie
- przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego > 5 - 7 dni
- rozległe zabiegi w obrębie przewodu pokarmowego zwłaszcza u osób wyniszczonych u których choroba nie pozwala odroczyć terminu operacji
- stres metaboliczny w przebiegu ciężkich chorób jamy brzusznej

oraz:

- sprawny bądź częściowo sprawny przewód pokarmowy
- w niektórych sytuacjach żywienie dojelitowe połączone jest z żywieniem pozajelitowym

### IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Żywienie dojelitowe jest procedurą medyczną polegającą na podawaniu do światła przewodu pokarmowego wszystkich niezbędnych substratów żywieniowych tj. aminokwasów, glukozy, tłuszczów, witamin, elektrolitów, pierwiastków śladowych i wody. Wykorzystuje się w

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

tym celu odpowiednie zgłębniki lub cewniki wprowadzone do światła jelita cienkiego w czasie operacji. ŻD stosuje się w postaci płynnych diet przemysłowych przygotowanych do podaży w okresie 5-24h. Celem ŻD jest poprawa stanu odżywienia lub zmniejszenie strat białkowo-energetycznych wynikających z choroby. Korzyści wynikające z ŻD to między innymi: szybsza rekonwalescencja, szybsze gojenie ran, zmniejszenie ryzyka powikłań choroby podstawowej.

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

Alternatywą dla ŻD jest całkowite żywienie pozajelitowe lub dieta doustna w ilości zapewniającej pełne pokrycie zapotrzebowania białkowo-energetycznego. Nie są to jednak metody zastępcze. Dlatego ŻD jest procedurą medyczną, której w większości przypadków nie daje się zastąpić żadną inną formą leczenia.

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

Żywienie dojelitowe jest na ogół dobrze tolerowane przez pacjentów i jako sztuczna forma odżywiania jest najbardziej zbliżone do standardowej diety doustnej. Niemniej jednak podczas stosowania ŻD mogą wystąpić objawy nietolerancji takie jak: nudności, wymioty, bóle brzucha, wzdęcie, biegunka lub zaparcie. Większość z tych objawów ustępuje po modyfikacji prędkości podaży odżywki lub zmianie rodzaju diety. W trakcie stosowania ŻD może dojść do przemieszczenia zgłębnika, zatkania zgłębnika, zapalenia ucha środkowego, krwawienia z nosa i gardła (odległa od zgłębnika), zapalenia zatok szczękowych i innych powikłań związanych z utrzymaniem zgłębnika w przewodzie pokarmowym. Powikłania metaboliczne związane są z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, wodno-elektrolitowej, białkowej. W rzadkich przypadkach mogą prowadzić do zaburzeń czynności narządów co może wpłynąć na pogorszenie stanu chorego a w krańcowych przypadkach do zgonu. Niezwykle rzadkie są powikłania septyczne związane z zakażeniem odżywki. Mogą prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu narządów, pogorszenia stanu ogólnego chorego a w krańcowych przypadkach do zgonu.

#### **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**

Stosowanie żywienia dojelitowego w okresie okołoperacyjnym zwiększa szanse na prawidłowy przebieg pooperacyjny, zabezpieczając chorego przed deficytem kaloryczno-białkowym, wpływającym na procesy gojenia. W przypadku wystąpienia powikłań pooperacyjnych stosowanie ŻD pozwala na ich skuteczne leczenie.

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

Powikłania odległe związane mogą być z długotrwałym utrzymywaniem sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego.

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

Rezygnacja z żywienia dojelitowego wiąże się z wolniejszą rekonwalescencją po operacji/chorobie oraz zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań. W przypadku wystąpienia powikłań nie zastosowanie tej formy leczenia ogranicza lub uniemożliwia ich skuteczne leczenie. W niektórych sytuacjach klinicznych rezygnacja z ŻD uniemożliwia powrót do zdrowia, a w krańcowych sytuacjach może prowadzić do śmierci z powodu wyniszczenia.

## **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:

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

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na proponowane leczenie

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na proponowane leczenie

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na

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

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