



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
64-500 Szamotuły, ul. Sukiennicza 13, tel. (0-61) 29 27 100 , FAX (061)29 27 102 ,  
REGON 000553822  
SZPITAL POWIATOWY - 01  
ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

## Formularz świadomej zgody na drenaż / nakłucie jamy otrzewnej

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia.....

**Cel nakłucia jamy otrzewnej (wypełnia lekarz)**

- duszność wynikająca z wodobrzusza, uniemożliwiająca oddech
- dyskomfort wynikający z wodobrzusza, bóle brzucha
- diagnostyczne pobranie płynu z jamy otrzewnej

**Wskazania do zabiegu nakłucia otrzewnej**

Diagnostyczne: świeżo rozpoznane wodobrzusze (u chorych hospitalizowanych i ambulatoryjnych), podejrzenie samoistnego zapalenia otrzewnej, każda hospitalizacja chorego z wodobrzuszem spowodowanym marskością (częste skąpo- lub bezobjawowe samoistne zapalenie otrzewnej).  
Lecznicze: wstępne leczenie wodobrzusza 3. stopnia (jednorazowa ewakuacja płynu), wodobrzusze odporne na leczenie diuretykami (konieczność powtarzania nakłucia).

**Opis zabiegu:**

Po dezynfekcji pola zabiegu, znieczuliła się miejscowo lignocainą, a następnie wprowadza igłę celem odbarczenia wodobrzusza. Do igły podłączony jest wężyk odprowadzający płyn puchlinowy do pojemnika.

**Przeciwwskazania**

- DIC lub ciężka (objawowa) skaza krwotoczna niemożliwa do opanowania przez podawanie witaminy K i przetaczanie świeżo mrożonego osocza,
- ostre choroby jamy brzusznej wymagające pilnego leczenia operacyjnego.
- Przeciwwskazaniem bezwzględnym jest nie wyrażenie zgody pacjenta na zabieg.

**Informacja o możliwych powikłaniach:**

- Krwiak powłok,
- zakażenie płynu puchlinowego,
- nakłucie jelita lub pęcherza moczowego,
- krwawienie;
- hipotensja (spowodowana przemieszczeniem krwi do odbarczonych naczyń trzewnych),
- pogorszenie czynności nerek,
- zaburzenia elektrolitowe.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
64-500 Szamotuły, ul. Sukiennicza 13, tel. (0-61) 29 27 100 , FAX (061)29 27 102 ,  
REGON 000553822  
SZPITAL POWIATOWY - 01  
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Imię i nazwisko Pacjenta ( nalepka) .....

**Oświadczam, że:**

- udzieliłam/-em lekarzowi wszystkich informacji o stanie mojego zdrowia mogących mieć znaczenie dla przeprowadzanego zabiegu nakłucia jamy otrzewnej oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,
- zostałam/-em poinformowana/y o zabiegu nakłucia jamy otrzewnej, celowości, przewidywanym czasie trwania, jego charakterze, sposobie przeprowadzenia proponowanego zabiegu,
- poinformowano mnie o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań proponowanego zabiegu nakłucia jamy otrzewnej oraz o jego następstwach,
- miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu nakłucia jamy otrzewnej, udzielono mi zrozumiałych i wyczerpujących odpowiedzi,
- wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu nakłucia jamy otrzewnej, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej,
- zostałam/-em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach nie wykonania powyższego zabiegu nakłucia jamy otrzewnej
- stwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu nakłucia jamy otrzewnej i dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) a uzyskane informacje były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- zostałam/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed proponowanym zabiegiem nakłucia jamy otrzewnej, i wyrażam świadomą zgodę na ich wykonanie

**Mając na uwadze powyższe, ja, niżej podpisany/a, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie opisanego wyżej zabiegu nakłucia jamy otrzewnej.**

Data, podpis pacjenta .....

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu nakłucia jamy otrzewnej i sposobie jego przeprowadzenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek zabiegu nakłucia jamy otrzewnej, a także poinformowałem przedstawiciela ustawowego/ pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

Data i podpis, pieczęć lekarza kwalifikującego na zabieg

Ze względu na stan zdrowia Pacjenta/ki nie można uzyskać świadomej zgody na proponowany zabieg, a jego wykonanie jest konieczne ze względu na stan zdrowia i jest niezbędny do dalszego udzielania świadczeń medycznych.

.....

.....