



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 kaniulację żyły centralnej

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia.....

Cel założenia.

brak możliwości założenia efektywnego dojścia dożylnego na obwodzie

potrzeba intensyfikacji leczenia (np: płynoterapia, wlew katecholamin)

potrzeba założenia elektrody do stymulacji serca

Wskazania do zabiegu kaniulacji żyły centralnej:

- brak możliwości uzyskania dostępu obwodowego,
- monitorowanie hemodynamiczne,
- żywienie pozajelitowe,
- wielokrotna podaż, leków, chemioterapii,
- czasowy dostęp naczyniowy do hemodializ,
- podaż płynów hipertonicznych, hiperosmolarnych, o różnym pH.

Opis zabiegu:

Wklucie centralne jest to cewnik (wężyk) wprowadzony przez naczynie krwionośne do dużej centralnej żyły, wykonywane w znieczuleniu miejscowym sporadycznie w znieczuleniu ogólnym. Cewnik najczęściej umieszczany jest w żyłę szyjną wewnętrzną, żyłę podobojczykową, żyłę udową lub żyłę pachową.

Przeciwwskazania bezwzględne – przeciwwskazań medycznych brak
Przeciwwskazaniem bezwzględnym jest nie wyrażenie zgody pacjenta na zabieg.

Przeciwwskazania względne:

- zaburzenia krzepnięcia,
- urazy,
- zakażenie w okolicy planowanego wkłucia,
- odwodnienie, infekcja w miejscu planowanego wkłucia,
- nieprawidłowa anatomia (np. deformacje, guzy, wcześniejsze urazy, brak możliwości właściwego ułożenia),
- infekcja w miejscu planowanego wkłucia.

Informacja o możliwych powikłaniach:

Każdy zabieg operacyjny nie jest obojętny dla organizmu człowieka i zawsze związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie.

- powstanie odmy podskórnej lub opłucnej,
- pojawienie się płynu w jamie opłucnowej,
- zator powietrzny,
- nakłucie tętnicy,
- krwiak
- krwotok (zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami układu krzepnięcia),

- nakłucie przewodu piersiowego,
- uszkodzenie nerwu lub splotu nerwowego w pobliżu miejsca zakładania wkłucia,
- uszkodzenie ściany naczynia (np. rozwarstwienie),
- uszkodzenie ściany serca,
- tamponada serca,
- zaburzenia rytmu serca,
- nieprawidłowe umiejscowienie kaniuli,
- powikłania zakrzepowo - zatorowe
- przemieszczenie cewnika poza światło naczynia.

Mogą wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

Imię i nazwisko Pacjenta (nalepka)

Oświadczam, że:

- udzieliłam/-em lekarzowi wszystkich informacji o stanie mojego zdrowia mogących mieć znaczenie dla przeprowadzanego zabiegu wkłucia centralnego oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,
- zostałam/-em poinformowana/y o kaniulacji żyły centralnej, celowości, przewidywanym czasie trwania, jego charakterze, sposobie przeprowadzenia proponowanego zabiegu,
- poinformowano mnie o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań proponowanego zabiegu wkłucia centralnego oraz o jego następstwach,
- miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu wkłucia centralnego, udzielono mi zrozumiałych i wyczerpujących odpowiedzi,
- wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu wkłucia centralnego, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej,
- zostałam/-em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach nie wykonania powyższego zabiegu wkłucia centralnego,
- stwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu wkłucia centralnego 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 wkłucia centralnego, i wyrażam świadomą zgodę na ich wykonanie

Mając na uwadze powyższe, ja, niżej podpisany/a, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie opisanej wyżej kaniulacji żyły centralnej.

Data, podpis pacjenta

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu kaniulacji żyły centralnej i sposobie jego przeprowadzenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek kaniulacji żyły centralnej, 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.

.....

.....