



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

## Formularz świadomej zgody na drenaż lub/i nakłucie jamy opłucnowej

Imię i nazwisko.....

PESEL/data urodzenia.....

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

- pilne odbarczenie opłucnej z powodu silnej duszności
- odbarczenie jamy opłucnowej planowo
- diagnostyczne pobranie płynu z jamy opłucnowej

**Wskazania do zabiegu nakłucia jamy opłucnowej**

- narastający płyn w jamie opłucnowej
- narastająca duszność
- ostra niewydolność oddechowa z powodu płynu
- diagnostyka różnicowa przy podejrzeniu choroby nowotworowej
- 

**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.

**Opis zabiegu:**

Badanie polega na tym, że w powłoce tkankowej ściany klatki piersiowej umieszczana jest sterylna igła do punkcji. Przed wykonaniem tego badania zalecane jest nie tylko rutynowe osłuchanie klatki piersiowej, lecz także badania RTG klatki piersiowej lub USG klatki piersiowej. Badania pomogą ustalić dokładniejsze umiejscowienie nagromadzonego płynu. Zazwyczaj podczas badania pacjent siedzi przy stoliku, na którym kładzie przedramiona, wcześniej zdejmując ubrania z górnej części ciała. Lekarz aplikuje miejscowo środek odkażający i znieczulający. Badający wykonuje następnie nakłucie ściany klatki piersiowej specjalną igłą. Miejsce wkłucia to najczęściej VI przestrzeń międzyżebrowa, w linii pachowej środkowej na wysokości górnego brzegu żebra, lub inne miejsce po wcześniejszej weryfikacji USG. Po badaniach stan pacjenta musi być kontrolowany przez kilka godzin.

**Informacja o możliwych powikłaniach:**

Wkłucie do jamy opłucnowej jest badaniem dosyć bezpiecznym, jeżeli wykonuje je doświadczony lekarz. Czasami może dojść do powstania pewnych powikłań, ale pojawiają się one bardzo rzadko. Są to:

- przebicie naczyń międzyżebrowych;
- przebicie płuca;
- odma opłucnowa.



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

Badanie może być wykonywane w każdym wieku, a także u kobiet w ciąży, ale bez poprzedzającego badania radiologicznego.

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

Oświadczam, że:

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

Mając na uwadze powyższe, ja, niżej podpisany/a, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie opisanej wyżej procedury nakłucia jamy opłucnowej.

Data, podpis pacjenta .....

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu nakłucia jamy opłucnowej i sposobie jego przeprowadzenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek nakłucia jamy opłucnowej 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, pieczętka 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.

.....

.....