

INFORMACJA DLA PACJENTA

ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Pieczęć Oddziału

NA ZAŁOŻENIE CZASOWEGO DOSTĘPU NACZYNIOWEGO
DO ŻYŁY SZYJNEJ WEWNĘTRZNEJ, PODOBOJCZYKOWEJ LUB UDOWEJ

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL - - - - - data urodzenia

1. WSKAZANIA DO ZABIEGU

Celem zabiegu jest szybkie uzyskanie dostępu naczyniowego celu:

- przeprowadzenia hemodializy w przypadku:
 - przewlekłej niewydolności nerek
 - przedłużającej się ostrej niewydolności nerek o ciężkim przebiegu
 - ostrego zatrucia
 - ciężkiej hiperkalcemii, hiperkalemii
 - przewodnieniu nie poddającemu się leczeniu farmakologicznemu
- wykonania plazmaferezy
- umożliwienia podania leków lub odżywiania dożylnego.

W przypadku przewlekłej niewydolności nerek dostęp ten jest wykorzystywany aż do czasu, kiedy będzie możliwe nakłucie wytworzonego chirurgicznie zespolenia tętniczo – żylnego na przedramieniu, co może potrwać nawet kilka miesięcy. W pozostałych przypadkach dostęp jest usuwany po zakończeniu leczenia.

2. OPIS ZABIEGU

Preferowanym miejscem do założenia dostępu naczyniowego jest prawa żyła szyjna wewnętrzna. U chorych z dusznością i skazą krwotoczną korzystne jest założenie cewnika do żyły udowej. Decyzję o miejscu założenia dostępu do żyły podejmuje lekarz uwzględniając również swoje doświadczenie.

Zabieg jest wykonywany w pozycji leżącej na plecach. Należy ściśle dostosować się do zaleceń związanych z ułożeniem głowy czy nogi. Po zdezynfekowaniu skóry w miejscu wkłucia roztworem alkoholowym jodyny i spirytusem, lekarz znieczula miejscowo skórę, a następnie wykonuje nakłucie żyły (zawsze pod kontrolą ultrasonograficzną). Poprzez igłę wsuwa do naczynia prowadnik i wprowadza po nim cewnik. Cewnik zostaje przyszyty niewchłanialnymi nićmi bądź zostaje przyklejony plastrami do skóry. Po założeniu wkłucia do żyły szyjnej lub podobojczykowej jest wykonywane zdjęcie radiologiczne w celu kontroli prawidłowej lokalizacji cewnika.

Dla uniknięcia konieczności ponownego założenia cewnika należy unikać zmian pozycji ciała, które mogłyby doprowadzić do zagięcia lub wysunięcia cewnika np.: osuwanie się na fotelu dializacyjnym. Miejsce wkłucia należy utrzymywać w czystości, nie można dotykać go palcami.

3. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować całkowitego braku ryzyka związanego z założeniem czasowego dostępu naczyniowego. Istnieje możliwość wystąpienia poniższych powikłań:

- krwawienie spowodowane nakłuciem biegnących w pobliżu tętnic z wytworzeniem krwiaka (częstość występowania 5 – 10%)
- odma opłucnowa - nakłucie płuca (częstość występowania poniżej 1%)
- krwawienie do opłucnej – krwiak opłucnej (częstość występowania poniżej 1%)
- zator powietrzny - powietrze dostaje się do żyły (częstość występowania – rzadko)
- zakrzepica żyły udowej (częstość występowania do 5%, dotyczy założenia cewnika do żyły udowej)
- zakażenie cewnika (częstość występowania do 10%)
- wytworzenie się przetoki tętniczo – żylniej (częstość występowania – rzadko)
- zgon (częstość występowania – 1 na 1000 zabiegów)

Prosimy, aby Pani / Pan zapytała / ał nas o wszystko co chciałaby / by Pani / Pan wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące założenia czasowego dostępu naczyniowego oraz wszelkie oczekiwane przez Panią / Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani / Pana pytania.

4. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam / em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Zgadzam się

na założenie czasowego dostępu naczyniowego do żyły

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Nie wyrażam zgody

na założenie czasowego dostępu naczyniowego do żyły

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:*

☐ chory nieprzytomny

☐ chory przytomny, ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po przeczytaniu zgody przez lekarza pacjent wyraża zgodę na wykonanie czasowego dostępu naczyniowego)

.....
Data, pieczętka i podpis dwóch lekarzy, którzy stwierdzili konieczność wykonania zabiegu

*zaznaczyć właściwe

Założono czasowy dostęp naczyniowy.

Zalecane kontrolne badania radiologiczne w dniu

.....
data, pieczętka i podpis lekarza