

INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY LUB
TERAPEUTYCZNY STWARZAJĄCY PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA

Koronarografia, wentrykulografia, koronaroplastyka (PCI)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

1. WSKAZANIA DO BADANIA/ZABIEGU.

Koronarografia z wentrykulografią są badaniami diagnostycznymi mającymi na celu potwierdzenie podejrzenia zwężenia miażdżycowego tętnic wieńcowych, a także służącymi ocenie kurczliwości lewej komory serca.

Przełskórna angioplastyka wieńcowa (koronaroplastyka PCI) jest inwazyjnym zabiegiem leczniczym, wykonywanym u objawowych osób, u których w koronarografii stwierdzono istotne (powyżej 50 światła naczynia) przewężenia tętnic wieńcowych, technicznie nadające się do zastosowania tej metody leczenia.

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA/ZABIEGU.

Do zabiegu Pacjent wymaga odpowiedniego przygotowania w oddziale szpitalnym (nieinwazyjne badania diagnostyczne, przygotowanie dostępu naczyniowego, golenie miejsca dostępu, odpowiednie nawodnienie). W przypadku występowania uczuleń (szczególnie na jodowe środki kontrastowe), należy o tym niezwłocznie poinformować lekarza przed kwalifikacją do koronarografii, co umożliwi przygotowanie Pacjenta odpowiednimi lekami do tego zabiegu, w celu uniknięcia wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego.

3. PRZEBIEG BADANIA/ZABIEGU.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Badanie polega na nakłuciu tętnicy w pachwinie kończyny dolnej lub w okolicy nadgarstka kończyny górnej i wprowadzeniu do niej odpowiedniego cewnika, który następnie jest przemieszczany do aorty. Następnie do odchodzących od aorty tętnic wieńcowych oraz do jamy lewej komory przez ten cewnik podawany jest jodowy środek kontrastowy. Dzięki kontrastowi w obrazie rentgenowskim uwidocznione zostają tętnice wieńcowe oraz jama lewej komory serca. Po uwidocznieniu istotnego zwężenia w tętnicy wieńcowej, przy pomocy specjalnego cewnika z balonikiem na jego końcu, mechanicznie poszerza się naczynie w obrębie zwężenia miażdżycowego (rozprężanie balonika w miejscu zwężenia pod odpowiednio kontrolowanym ciśnieniem). U większości osób w czasie zabiegu zachodzi konieczność implantacji metalowej protezy wewnątrznaczyniowej, zwanej stentem.

W trakcie zabiegu może wystąpić konieczność podania silnych leków przeciwplatek lub zastosowania urządzenia wspomagającego pracę serca (kontrapulsacja wewnątrzaoortalna, stymulator serca).

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.

W czasie podawania kontrastu pojawia się uczucie gorąca oraz uczucie duszności, które szybko mijają samoistnie. Mogą występować nudności i wymioty. Bardzo rzadko (poniżej 0,5%) podczas badania może wystąpić zawał mięśnia serca, wymagający natychmiastowej interwencji wieńcowej (koronaroplastyka PCI) lub zabiegu operacyjnego na naczyniach wieńcowych (pomostowanie aortalno-wieńcowe CABG). Jeszcze rzadziej może wystąpić rozwarstwieniem ściany dużych tętnic lub aorty, które mogą wymagać pilnego zabiegu operacyjnego. Niezmiernie rzadko (0,1 - 0,2%) w czasie zabiegu może dojść do zatrzymania krążenia oraz zgonu.

U osób uczulonych na składniki kontrastu (związki jodu) może dojść do rozwoju objawów uczulenia w postaci wysypki ze świądem skóry, obrzęku śluzówek lub wstrząsu anafilaktycznego, będącego stanem zagrożenia życia, wymagającego stosowania odpowiedniego postępowania.

W trakcie zabiegu poszerzania zwężenia miażdżycowego może wystąpić przejściowy ból w klatce piersiowej. Bardzo rzadko może wystąpić perforacja ściany tętnicy wieńcowej, która wymaga zastosowania

implantacji stentgraftu, nakłucia worka osierdziowego lub pilnej operacji kardiochirurgicznej, która musi być zastosowana również w rzadkich przypadkach braku możliwości technicznych wprowadzenia i implantacji stentu.

W bardzo rzadkich przypadkach (około 0,5%) zabieg koronaroplastyki może być przyczyną zatrzymania krążenia i zgonu. Po zabiegu, u części osób, w obrębie nakłuwanej kończyny może pojawić się krwiak, który ulega resorpcji w ciągu następnych dni – tygodni. Bardzo rzadko występuje tętniak rzekomy, który wymaga leczenia zabiegowego.

Prosimy, aby Pani/Pan zapytała/l nas o wszystko, co chciałaby Pani/Pan wiedzieć w związku z planowanym badaniem/zabiegiem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/Pana pytania.

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA.

Potwierdzam, że zostałam/em w przystępny i zrozumiały sposób poinformowana/ny o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

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 dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem (imię i nazwisko):

.....
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wymienionego wyżej badania/zabiegu albo ewentualnych skutkach jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem/zabiegiem.

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu koronarografii, wentrykulografii, PCI, innych zabiegów z nimi związanych, ewentualnych zabiegów kardiochirurgicznych oraz udostępnienie PESEL do NFZ i Ogólnopolskiej Bazy Danych Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w Pracowni Hemodynamiki dla potrzeb sprawozdawczości i archiwizacji badań/zabiegów oraz w związku z ewentualną koniecznością przeprowadzania konsultacji poza szpitalnych, także przy wykorzystaniu połączenia internetowego.

Data

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

**Nie zgadzam się na proponowane badania/zabiegi.
Zostałam/em w pełni poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

UWAGA:

** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.*