

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

I Dane Pacjenta

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

ZAŁOŻENIE PRZEZSKÓRNEJ ENDOSKOPOWEJ GASTROSTOMII (PEG)

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przyczyną kwalifikacji do operacji, którą proponujemy Pani/Panu jest:

.....

(wpisać rodzaj choroby i lokalizację zmiany)

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej

Zabieg rozpoczyna się od diagnostycznej esophagogastroduodenoskopii. Wykonuje się ją w sedacji z zachowaniem standardowych procedur chirurgicznych. Po wykonaniu esophagogastroduodenoskopii potwierdzeniem wyboru odpowiedniego miejsca jest iluminacja (podświetlenie od środka powłok brzusznych), w miejscu gdzie żołądek jest położony tuż pod powłokami brzucha. Wykonuje się niewielkie nacięcie i wprowadza specjalną igłę, przez którą wprowadza się nić, którą w świetle żołądka przechwytyjemy kleszczykami biopsyjnymi. Endoskop wraz z nicią wyprowadza się przez usta pacjenta. Nić mocuje się do zgłębnika PEG, a następnie pociąga ku dołowi i przez ścianę brzucha. Po zainstalowaniu na rurce gastrostomijnej pozostałych elementów PEGa (talerzyk zewnętrzny, klips mocujący, klips blokujący przepływ oraz łącznik), kontroluje się za pomocą gastroskopii położenie i drożność zestawu. Po zabiegu zakłada się opatrunek na skórę, pod talerzyk zewnętrzny PEGa.

Wskazanie i cele gastrostomii

Głównym celem gastrostomii jest zachowanie możliwości karmienia dojelitowego u chorych z zaburzeniami połykania niezależnie od przyczyny.

Zalety przezskórnej endoskopowej gastrostomii

- ❖ mniejszy ból pooperacyjny;
- ❖ krótszy pobyt w szpitalu;
- ❖ szybszy powrót czynności przewodu pokarmowego;
- ❖ mniejsza ilość możliwych powikłań;
- ❖ krótszy czas znieczulenia.

Przygotowanie do badania

- ❖ 8 godzin przed zabiegiem – na czczo (bez jedzenia i picia),
- ❖ zachowanie higieny ciała z uwzględnieniem pępka (kąpiel).

Postępowanie po badaniu

Z uwagi na znieczulenie gardła przez 30 min. po badaniu nie wolno przyjmować płynów, ani spożywać posiłków

Wystąpienie niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania.

Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości

V Możliwe powikłania

Powikłania zabiegu występują rzadko:

- ❖ nieszczelność PEG jest opisywana u 8-10% pacjentów;
- ❖ ból od 4-13% pacjentów;
- ❖ okołocewnikowa infekcja 6-11%;
- ❖ zakażenie rany;
- ❖ wyciek do jamy otrzewnej z zapaleniem otrzewnej;
- ❖ niezamierzone/przypadkowe usunięcie drenu PEG;
- ❖ niedrożność drenu PEG;
- ❖ odma otrzewnowa;
- ❖ wrosnięcie końcówki cewnika PEG w ścianę żołądka;
- ❖ migracja cewnika PEG;
- ❖ ziarnina w miejscu cewnika PEG.

ABY OGRANICZYĆ DO MINIMUM NIEBEZPIECZEŃSTWO POWIKŁAŃ PROSZE ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

1. Czy stosuje Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość (np. polocard, warfin, acenocumarol itp.)?
 - TAK
 - NIE
2. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu krążenia?
 - TAK
 - NIE
3. Czy choruje Pani/ Pan na astmę?
 - TAK
 - NIE
4. Czy wystąpiły u Pani/Pana kiedykolwiek objawy uczulenia na środki lecznicze, spożywcze lub kosmetyczne?
 - TAK
 - NIE

5. Czy jest Pan/Pani uczulona na lateks?
 - TAK
 - NIE
6. Czy w ciągu ostatnich 6.miesięcy miała Pani/miał Pan zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsje, punkcje, operacje, pobrania krwi, kroplówki, iniekcje, itp.)?
 - TAK
 - NIE
7. Czy w ostatnich 6. miesiącach korzystała Pani/ korzystał Pan z usług gabinetu:
 - stomatologicznego,
 - kosmetycznego,
 - ginekologicznego,
 - innego (jakiego).....
 - NIE

VI Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

VII Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie (w tym m.in. o zabieg pobierania wycinków lub polipectomię), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

.....

.....

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu.

Podpis lekarza.....