

Imię i nazwisko:

Pesel:

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE INWAZYJNE CEWNIKOWANIE SERCA

Badanie inwazyjne, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego badania.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Cewnikowanie serca, to diagnostyczne badanie inwazyjne układu krążenia, przeprowadzane w wybranej grupie chorych z wadami serca i dużych naczyń (określenie stopnia zaawansowania wad wrodzonych serca, wrażliwości diagnostyczne), w przypadku podejrzenia nadciśnienia płucnego, kwalifikacji do ewentualnego przeszczepu serca, inwazyjnego zabiegu kardiologicznego, ewentualnie operacji kardiologicznej. Wyniki tego badania pozwalają na podjęcie decyzji o możliwościach postępowania leczniczego.

Opis badania

Cewnikowanie serca polega na wprowadzeniu przez jedną z dużych żył (żyłę szyjną, podobojczykową lub udową) cewnika do prawego przedsionka, prawej komory, a następnie tętnicy płucnej. Dodatkowo zakładany jest cewnik do światła tętnicy. W czasie badania rejestrowane są ciśnienia w poszczególnych jamach serca oraz pobierane są próbki krwi. Następnie przeprowadzany jest pomiar pojemności minutowej. W zależności od metody polega on na podawaniu zimnej soli fizjologicznej lub odczytywaniu pomiarów z urządzeń automatycznych. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wartości ciśnień przeprowadzane są testy na odwracalność nadciśnienia w tętnicy płucnej. Polegają one na rejestrowaniu zmian ciśnień w odpowiedzi na leki podawane dożylnie, do tętnicy płucnej lub wziewnie do płuc, często w połączeniu z oddychaniem tlenem.

Badanie wykonywane jest pod kontrolą aparatu wykorzystującego promienie RTG. Na początku procedury podawane są leki przeciwbólowe i uspokajające oraz miejscowo znieczulające. Następnie wykonywane jest nakłucie niezbędnych naczyń krwionośnych.

Przeciwwskazania do badania:

a) bezwzględne:

- brak zgody chorego,

b) względne:

- zaawansowana niewydolność nerek i wątroby, niewyrównana niewydolność krążenia, ciężka skaza krwotoczna, czynne krwawienie z przewodu pokarmowego, świeży udar mózgu, niedokrwistość, duże zaburzenia elektrolitowe, nadczynność tarczycy, uczulenie na radiologiczne środki cieniujące, zakażenie lub niewyjaśniona gorączka, zapalenie wsierdzia.

Cewnikowanie serca jest stosunkowo bezpiecznym badaniem inwazyjnym, ale sporadycznie mogą wystąpić powikłania.

Do głównych powikłań, nie przekraczających 1%, należą:

- powikłania miejscowe:
 - krwiak w miejscu wkłucia do naczynia,
 - przedłużone krwawienie z miejsca wkłucia lub zakrzepica naczynia,
- powikłania ogólne:
 - zapalenie płuc lub rozwój zakażenia ogólnego, mimo stosowanej antybiotykoterapii,
 - przedłużające się zaburzenia rytmu serca,
 - odma opłucnowa czy uszkodzenie tętnicy płucnej,
 - przebicie lub rozwarstwienie aorty, przebicie ściany serca,
 - niepożądane reakcje uczuleniowe na leki podawane w czasie cewnikowania serca – lub swoiste wynikające z mechanizmu działania leków,

Imię i nazwisko:

Pesel:

- inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania występują u mniej niż 0,1% poddanych zabiegowi pacjentów.
- częstość śmiertelnych powikłań jest niska i wynosi od 0,02 – 1,5%.

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej procedury medycznej jest w Pani/Pana przypadku:

 duże średnie ograniczone**1. Oświadczenie:**

- Zapoznałem/am się ze szczególnym opisem zabiegu/badania medycznego/ sposobu leczenia, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku zabiegu medycznego/ leczenia, jak też konsekwencjami odmowy braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego (badanie/leczenie);
- Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź
- Zapoznałem/am się z możliwościami zastosowania alternatywnych metod diagnostyki/ leczenia;
- Zgadzam się/ nie zgadzam się* na ewentualne modyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/ sposobu leczenia w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu leczenia;
- Zgadzam się / nie zgadzam się* na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/ oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia;
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie zabiegu/badania medycznego;
- Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu/badania zastosowane leczenia – w każdej chwili.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych i medycznych (wyniki badań dotychczasowych jak i następnych) do:
 - medycznych baz danych pacjentów: szpitalnej, ogólnopolskiej i europejskiej.
 - badań oceniających: zastosowanych u mnie metod leczenia, jak również na publikowanie wyników tych badań (publikacje nie będą zawierały danych personalnych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości).

*niepotrzebne skreślić;

 wyrażam zgodę odmawiam wyrażenia zgody.....
/czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/opiekuna prawnego/

Lekarz przyjmujący oświadczenie:

Data:

/pieczęć i podpis lekarza/