

Świadoma zgoda na wykonanie nakłucia jamy stawowej i podania leku

Imię i nazwisko.....

Pesel:

Rozpoznanie.....

1. Nakłucie jamy stawowej wykonuje się w celu wyjaśnienia przyczyny zwiększonej ilości płynu stawowego. Szczególnie ma to znaczenie w przypadku podejrzenia ostrego lub przewlekłego stanu zapalnego błony maziowej. Nakłucie jamy stawowej wykonuje się również w celach terapeutycznych takich jak odbarczenie stawu, dostawowe podanie leków (glikokortykosteroidy, kwas hialuronowy). Do rzadkich powikłań zalicza się: zakażenie stawu, krwawienie do stawu, uszkodzenie chrząstki stawowej, ból w miejscu nakłucia, działania niepożądane leków znieczulających i leków podawanych dostawowo. Nakłucie wykonuje się w warunkach jałowych, w celu złagodzenia bólu wykonuje się znieczulenie (np.1% lidokainą, Aethylum Chloratum aerozol) skóry, tkanki podskórnej i torebki stawowej. Po odczekaniu ok. 2-5 minut wkłupa się w tym samym miejscu igłę połączoną ze strzykawką. Po usunięciu płynu i ewentualnym podaniu leku do jamy stawowej, usuwa się igłę. W przypadku, gdy pacjent przyjmuje **leki zmniejszające krzepliwość krwi** (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, heparyny w zastrzykach), należy poinformować o tym lekarza wykonującego badanie.

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

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza.....

3. Nie wyrażam zgody na wykonanie proponowanej procedury medycznej

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

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