

Informacja dla PACJENTA/PACJENTKI oraz formularz ŚWIADOMEJ ZGODY**Na zabieg angioplastyki tętnicy mózgowej****Imię i nazwisko:****Pesel/ Data urodzenia:****Nr ks. gł.:**

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....

.....

Zabieg, który planujemy wykonać u Pana/i jest badaniem inwazyjnym i wymaga podpisania przez Pana (Panią) świadomej zgody. Aby ułatwić podjęcie takiej decyzji przygotowaliśmy dla Państwa krótką informację o charakterze, znaczeniu, a także możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u Pana / Pani zwężenie tętnicy mózgowej.

Wynikiem tego jest upośledzenie napływu krwi do terytorium mózgu zaopatrywanego przez tę tętnicę. Efektem tego mogą być przemijające objawy niedokrwienia lub w powstanie udaru niedokrwiennej mózgu i trwałego uszkodzenia mózgu.

Co to jest angioplastyka?

Angioplastyka jest zabiegiem poszerzania zwężonej tętnicy. Dokonuje się tego przy pomocy specjalnego cewnika z balonem lub stentu lub obu metod łącznie. Celem jest zmniejszenie lub zlikwidowanie zwężenia i poprawienie przepływu tętniczego co ma skutkować zmniejszeniem lub ustąpieniem objawów niedokrwienia.

Jak przebiega zabieg angioplastyki?

Zabieg jest wykonywany w sali zabiegowej tzw. pracowni angiograficznej, w znieczuleniu ogólnym (narkozie). Chory do badania układany jest na stole zabiegowym w pozycji na wznak, jest całkowicie rozebrany, przykryty prześcieradłem chirurgicznym. Miejsce nakłucia tętnicy jest dezynfekowane, a następnie miejscowo znieczulane. Po znieczuleniu zostaje nakłuta tętnica w pachwinie. Poprzez miejsce nakłucia wprowadzana jest cienka rurka ze sztucznego tworzywa tzw. koszulka naczyniowa. Następnie przez nią wprowadzane są do tętnic mózgowych odpowiednie cewniki. Przez cewniki podawany jest do tych tętnic środek kontrastowy. Dzięki niemu w promieniach rentgena można ocenić stan naczyń mózgowych, dokładną lokalizację i długość zwężenia. W zależności od stwierdzonego obrazu podejmowane są decyzje dotyczące sposobu leczenia i przebiegu zabiegu.

Jak przygotować się do angioplastyki?

Przez 6 godzin przed zabiegiem nie może Pan/i spożywać posiłków ani pić. Jeśli zażywa Pan/i jakieś leki na stałe, można je przyjąć popijając niewielką ilością wody, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Na kilka godzin przed zabiegiem należy dokładnie umyć i ogolić okolice obu pachwin. Należy koniecznie poinformować lekarza o przyjmowaniu leków zmniejszających krzepliwość krwi (Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Aspiryna itp.), uczuleniach, wcześniejszych badaniach inwazyjnych układu krążenia, niewydolności nerek, cukrzycy, obecności tętniaka aorty. W

przypadkach, gdy wcześniej zaplanowane zostało wszczepienie stentu pacjent w poprzedzającym tygodniu celowo otrzymuje terapię zmniejszającą krzepliwość krwi, zapobiegającą tworzeniu skrzepin na strukturze stentu – terapia ta jest prowadzona również przez pewien czas po zabiegu.

Jakie powikłania mogą wystąpić po angioplastyce?

Lekarz nie może zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia ani całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

W czasie i po zabiegu istnieje możliwość powstania krwaka, przetoki tętniczo-żylniej, tętniaka rzekomego lub zamknięcia naczynia w miejscu wprowadzenia koszulki do tętnicy. Zwykle wymaga to jedynie postępowania zachowawczego. W pewnych przypadkach konieczne jest jednak leczenie chirurgiczne. Ilość krwi, która wydostała się do tkanek czasami może być tak duża, że konieczne będzie przetoczenie krwi lub preparatów krwiozastępczych.

Bardzo poważne (zagrożające życiu) powikłania zdarzają się rzadko. Należą do nich: rozwarstwienie lub pęknięcie tętnicy z następczym krwotokiem, udar niedokrwieny mózgu, zawał serca, zatrzymanie akcji serca, wstrząs anafilaktyczny.

Podanie środka kontrastowego może wywołać objawy uczulenia, które zwykle mijają po podaniu leków, może być także powodem wystąpienia czasowych lub trwałych zaburzeń widzenia albo wystąpienia niewydolności nerek.

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

☐ **duże**

☐ **średnie**

☐ **ograniczone**

Inne metody leczenia:

Zwężenia i niedrożności tętnic mózgowych mogą być leczone również na drodze operacji. Operacja neurochirurgiczna wymaga otworzenia pokrywy czaszki w celu wprowadzenia instrumentów chirurgicznych. Celem operacji jest stworzenie połączenia omijającego zwężenie/ niedrożność. Zabiegi te ze względu na skalę trudności są jednak wykonywane bardzo rzadko i w wyjątkowych przypadkach.

Wykorzystanie wyników badań w celach naukowych.

Niektóre dane dotyczące zabiegu mogą być wykorzystane do opracowań naukowych (np. prac doktorskich, publikacji w czasopiśmie naukowych). Nie wiąże się to z ujawnieniem Pana/i danych osobowych. Może Pan/i jednak bez żadnych konsekwencji, nie zgodzić się na wykorzystanie tych danych.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem:

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego badania/zabiegu

.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....

.....

(zastrzeżenia)

oraz jego ewentualne zmiany, które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....

(data)

.....

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny:

.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

(data)

.....

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)