

Informacja dla PACJENTA/PACJENTKI oraz formularz ŚWIADOMEJ ZGODY
na arteriografię mózgową

Imię i nazwisko:

Pesel/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

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

.....

Badanie (zabieg), które 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 badania.

Co to jest arteriografia mózgową?

Angiografia mózgową jest radiologicznym badaniem diagnostycznym, którego wynik umożliwia precyzyjną ocenę tętnic doprowadzających krew do mózgu. Służy wyjaśnieniu przyczyn niektórych rodzajów krwawienia śródczaszkowego, uściśleniu rozpoznania postawionego na podstawie innych badań (MR, TK) lub kontroli skuteczności wcześniej wykonanych zabiegów. W przypadku stwierdzenia zmian w tętnicach mózgowych pozwala zaplanować leczenie. Dzięki temu badaniu można zdecydować, czy pacjent może być leczony zachowawczo albo czy należy skierować go na inwazyjną formę leczenia, na którą składają się: operacja lub zabieg wewnątrznaczyniowy.

Jak przebiega angiografia mózgową?

Badanie jest wykonywane w sali zabiegowej tzw. pracowni angiograficznej. 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 początkowych odcinków tętnic szyjnych i kręgowych cewniki. Poprzez cewniki podawany jest do tych tętnic i głowy środek kontrastowy. Dzięki niemu w promieniach rentgena można ocenić stan naczyń mózgowych.

Jak przygotować się do arteriografii?

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.

Jakie powikłania mogą wystąpić arteriografii?

Lekarz nie może zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia ani całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem. W czasie i po zabiegu istnieje możliwość powstania krwiaka, 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.

Czasami może także dojść do uszkodzenia przebiegających w pobliżu nerwów, co powoduje zaburzenia czucia skóry lub upośledzenie siły mięśni (w przypadku zabiegów z dostępu od tętnic na rękę). Zaburzenia te mogą pozostać na całe życie. Bardzo rzadko w czasie poszerzania tętnicy w sercu może dojść do jej pęknięcia i gromadzenia się krwi w worku osierdziowym. Zwykle otwór taki zamyka się samoistnie, ale czasami wymaga implantacji specjalnego stentu lub pilnego zabiegu operacyjnego.

Bardzo poważne (zagrożające życiu) powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko. Należą do nich: nagłe zamknięcie naczynia wieńcowego, nagły zgon sercowy, zawał serca, zatrzymanie akcji serca, udar mózgu, 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.

U jednego na 100 badanych mogą wystąpić zaburzenia rytmu serca, które wymagać będą dodatkowego leczenia farmakologicznego lub leczenia zabiegiem elektrycznym (kardiowersja, defibrylacja). Im bardziej poważne są wcześniejsze (przed zabiegiem) zmiany chorobowe w obrębie serca czy też innych narządów, tym łatwiej może dojść do powikłań.

Alternatywne metody badania:

Tętnice wieńcowe mogą być obrazowane za pomocą nieinwazyjnej wielorzędowej tomografii komputerowej (KT, CT, MSCT). Dostępne obecnie systemy obrazowania tomograficznego nie pokazują szczegółów naczyń wieńcowych z wystarczającą dokładnością, by na ich podstawie podjąć decyzję o dalszym leczeniu inwazyjnym. 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)