

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.

UPUST KRWI – INFORMACJA O ZABIEGU

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego zabiegu.
Brak innych dostępnych metod leczenia.

DLACZEGO PROPONUJEMY PANU/PANI TEN ZABIEG

Na podstawie przeprowadzonego do tej pory badania lekarskiego (wywiad i badanie przedmiotowe) oraz ewentualnie badań dodatkowych stwierdzamy, że istnieje u Pani/Pana choroba w zakresie układu krwiotwórczego (czerwienica prawdziwa lub poliglobulia). Jedną z metod leczenia tej choroby jest wykonanie zabiegu upustu krwi celem uzyskania zmniejszenia liczby krwinek. Zabieg może być powtarzany wielokrotnie.

PRZEPROWADZENIE ZABIEGU

Upusty krwi są przeprowadzane zazwyczaj co 2-3 dni i polegają na usunięciu pewnej ilości krwi przez nakłucie żyły najczęściej łokciowej igłą o dużej średnicy połączoną z drenem wprowadzonym do naczynia z miarką. Zwykle podczas jednej procedury upuszcza się około 200-500 ml krwi, w zależności od parametrów wyjściowych, tak aby uzyskać obniżenie hematokrytu < 45% u mężczyzn i < 42% u kobiet. W trakcie zabiegu pacjent pozostaje w pozycji siedzącej lub leżącej. U osób starszych lub z chorobami układu krążenia ilość upuszczanej krwi jest mniejsza, a zabiegi wykonywane są nieco rzadziej. Po przeprowadzeniu upustu krwi podaje się odpowiednią, równoważną upuszczonej ilości, objętość płynu wieloelektrolitowego. Krew pobrana zostanie zniszczona.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania podczas zabiegu zdarzają rzadko. Niemniej jednak powodzenie tego zabiegu, jak również absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Niestety terapia samymi upustami krwi wiąże się z ryzykiem wystąpienia zakrzepicy, szczególnie w krążeniu mózgowym.

Aby ograniczyć do minimum ryzyko wystąpienia objawów ubocznych związanych z upustem krwi, prosimy o odpowiedzi na pytania:

- 1) Czy występuje u Pani/Pana skaza krwotoczna lub skłonność do krwawień zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź zdolność do powstawania podbiegnięć krwawych po niewielkich urazach mechanicznych.

Tak

Nie

- 2) Czy występowały u Pani/Pana w przeszłości incydenty choroby zakrzepowatozatorowej.

Tak

Nie

- 3) Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)

Tak

Nie

- 4) Czy przyjmuje Pani/Pan leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi oraz czy w przeszłości u Pani/Pana występowały epizody omdleń lub gwałtownych spadków ciśnienia tętniczego krwi.

Tak

Nie

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po zabiegu zakłada się jałowy opatrunek uciskowy. Wystąpienie krwawienia lub innych niepokojących objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Pacjent powinien powoli zaadaptować się do pozycji wyprostnej (powinien pozostać w pozycji siedzącej przez kilka minut, jeżeli utrzymują się objawy lekkiego bólu głowy). Pacjent nie powinien prowadzić samochodu bezpośrednio po upuszczeniu krwi. Proszę pytać, jeśli czegoś państwo nie zrozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

ŚWIADOMA DEKLARACJA ZGODY PACJENTA

Pan/Pani doktor przeprowadził/a dzisiaj ze mną rozmowę wyjaśniającą, w trakcie której mogłem/am wyjaśnić wszystkie interesujące mnie kwestie dotyczące zabiegu. Uzyskałem/am informacje o potrzebie wykonania zabiegu upustu krwi.

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

Oświadczam, że uzyskałem/am informację o możliwym ryzyku związanym z potrzebnym zabiegiem. Oświadczam, iż miałem/łam możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź.

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu.

Zgadzam się również na ewentualne, ponowne wykonanie zabiegu w przypadku nieuzyskania zadowalających wyników badań laboratoryjnych.

Bydgoszcz.....

.....
Nazwisko i imię chorego

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis chorego ew. opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na proponowane badanie. Zostałem/am poinformowany/a o skutkach odmowy zgody na proponowane mi badanie.

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

.....
.....

.....
.....
.....

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis chorego ew. opiekuna prawnego