



Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Gorzowie Wlkp. Spółka z o.o.

ZGODA NA WYTWORZENIE PRZEZSKÓRNEJ GASTROSTOMII ODŻYWCZEJ (PEG) METODĄ ENDOSKOPOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta :

Pesel:

Oddział:

Informacja o zabiegu:

Z powodu przebiegu Pani-a choroby wystąpiła konieczność wytworzenia przeskrórnej gastrostomii metodą endoskopową.

Zabieg ten ma na celu wytworzenie dostępu do przewodu pokarmowego , alternatywnej drogi podawania pożywienia i płynów bezpośrednio do żołądka, z pominięciem jamy ustnej i przełyku, tak aby utrzymać lub poprawić Pani/ a stan odżywienia. Wytworzona gastrostomia umożliwia także podawanie tą drogą leków doustnych.

Uzupełnianie niedoborów żywieniowych tą drogą, nie przekreśla możliwości spożywania pokarmów i płynów drogą doustną – pozostawia możliwość jedzenia dowolnej ilości pokarmów i płynów drogą naturalną.

Przy uzyskaniu pozytywnych efektów leczenia możliwe jest usunięcie gastrostomii i powrót do normalnego sposobu spożywania pokarmów.

Alternatywne metody leczenia:

Chirurgiczne wytworzenie stomii.

Przygotowanie :

Zabieg wykonuje się po podaniu leków zapewniających płytką sedację (midazolam) . Do zabiegu należy być na czczo- min 6-8 godzin od ostatnio spożytego posiłku lub płynu.

Chorzy z obfitym owłosieniem na skórze nadbrzusza powinni mieć usunięte to owłosienie (maszynką do golenia).

Przebieg zabiegu:

Po podaniu leków wywołujących sedację zabieg rozpoczyna się w pozycji leżącej , na lewym boku w celu wykonania gastroskopii.

Po wprowadzeniu endoskopu do żołądka i wstępnej ocenie przełyku, żołądka i początkowego odcinka dwunastnicy, obracamy pacjenta do pozycji leżącej na plecach. Przewidywane miejsce wytworzenia i zlokalizowania gastrostomii /ujście przetoki , nadbrzusze lub śródbrzusze środkowe nad pępkiem jest zmywane płynami dezynfekującymi. Następnie rozdmuchuje się wewnątrz żołądka podawnym przez gastroskop powietrzem w celu uzyskania odpowiednich warunków : bezpośredniego przyleganie ściany żołądka do przedniej ściany jamy brzusznej.

Po stwierdzeniu wyraźnej diafanoskopii (transluminacji) - prześwitywania światła gastroskopu z wnętrza żołądka przez ścianę żołądka i ścianę jamy brzusznej, widocznego na skórze brzucha oraz po potwierdzeniu poprzez badanie palpacyjne i uwidocznienie wyraźnego wpuklenia się ścian jamy brzusznej i żołądka widoczne w endoskopii, wyznaczamy miejsce nacięcia skóry i po miejscowym znieczuleniu nakłucia trokarem, przez który zostanie wprowadzana do wnętrza żołądka koniec nici, który będzie uchwycony narzędziem wprowadzonym przez endoskop. Następnie nić podczas wprowadzania gastroskopu będzie wyciągnięta na zewnątrz przez przełyk i usta.

Do końca nici wyprowadzonego przez usta przywiązujemy koniec zgłębnika gastrostomijnego , który będzie następnie przeciągnięty przez usta , przełyk , żołądek i na zewnątrz przez uprzednio wykonane nakłucie powłok i nacięcie skóry.

Przed wypadnięciem zgłębnika z wnętrza żołądka zabezpiecza specjalna końcówka w formie talerzyka, na końcu zgłębnika , który pozostaje w żołądku.

Po wytworzeniu gastrostomii i wprowadzeniu sondy czasami dokonują się ponownych oględzin wnętrza przełyku i żołądka , szczególnie okolicy ujścia gastrostomii poprzez ponowne wprowadzenie gastroskopu do żołądka.

Możliwe powikłania :

- lekkie: infekcja miejscowa , zakażenie w obrębie stomii, przeciek w okolicy gastrostomii; przypadkowe, nieumyślne usunięcie sondy; neuralgia międzyżebrowa; opóźnione gojenie się rany po usunięciu sondy,
- ciężkie : aspiracja , zachłyśnięcie, zapalenie otrzewnej, perforacja jelita , przetoka żołądkowo-okrężniczo-skórna, martwicze zapalenie powięzi i powłok, zaburzenia rytmu serca, zespół "wrośniętego portu", krwawienie, uszkodzenie lewego płata wątroby;
- zgon

Wystąpienie niektórych z wyżej wymienionych powikłań, może wymagać pilnej operacji.

Zagrożenie wywołania infekcji , zakażenia jest zminimalizowane przez zastosowanie sprzętu jednorazowego użytku, właściwej procedury dezynfekcji i sterylizacji endoskopu, właściwego postępowania aseptycznego personelu w trakcie zabiegu i w trakcie dalszej opieki nad chorym.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że w czasie rozmowy z lekarzem:

Uzyskałam/em wyczerpujące informacje na temat zabiegu i ewentualnych powikłań oraz miałam/em możliwość zadawania pytań i uzyskałam/em wystarczające wyjaśnienie wątpliwości.

Wyrażam zgodę na wykonanie przeszkrónej gastrostomii odżywczej metodą endoskopową (PEG) , jednocześnie wyrażam zgodę na podanie środków i leków niezbędnych w trakcie zabiegu.

.....
Data, podpis lekarza

.....
Data, podpis pacjenta
lub opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na wykonanie przezskórnej gastrostomii odżywczej:

.....
Data, podpis lekarza

.....
Data, podpis pacjenta
lub opiekuna prawnego

ZGODA NA WYTWORZENIE PRZEZSKÓRNEJ GASTROSTOMII ODŻYWCZEJ (PEG) METODĄ ENDOSKOPOWĄ

Imię i nazwisko chorego :

PESEL:

Nr Historii Choroby:

Z powodu przebiegu Pani-a choroby wystąpiła konieczność wytworzenia przeskórnej gastrostomii – metodą endoskopową.

Zabieg ten ma na celu wytworzenie dostępu do przewodu pokarmowego - alternatywnej drogi podawania pożywienia i płynów - bezpośrednio do żołądka, z pominięciem jamy ustnej i przełyku, tak aby utrzymać lub poprawić Pani – a stan odżywienia, wytworzona gastrostomia umożliwi także podawanie tą drogą leków doustnych.

Uzupełnianie niedoborów żywieniowych tą drogą, nie przekreśla możliwości spożywania pokarmów i płynów drogą doustną – pozostawia możliwość jedzenia dowolnej ilości pokarmów i płynów drogą naturalną.

Przy uzyskaniu pozytywnych efektów leczenia możliwe jest usunięcie gastrostomii i powrót do normalnego sposobu spożywania pokarmów.

Przebieg zabiegu:

Przygotowanie :

Zabieg wykonuje się po podaniu leków zapewniających płytką sedację (midazolam) . Do zabiegu należy być na czczo- min 6-8 godzin od ostatnio spożytego posiłku lub płynu.

Chorzy z obfitym owłosieniem na skórze nadbrzusza powinni mieć usunięte to owłosienie (maszynką do golenia).

Przebieg zabiegu:

Po podaniu leków wywołujących sedację zabieg rozpoczyna się w pozycji leżącej – na lewym boku – w celu wykonania gastroskopii. Po wprowadzeniu endoskopu do żołądka i wstępnej ocenie przełyku, żołądka i początkowego odcinka dwunastnicy, obracamy pacjenta do pozycji leżącej – na plecach.

Przewidywane miejsce wytworzenia i zlokalizowania gastrostomii-ujście przetoki - nadbrzusze lub śródbrzusze środkowe nad pępkiem – jest zmywane płynami dezynfekującymi. Następnie rozdmuchuje się wewnątrz żołądka podawym przez gastroskop powietrzem w celu uzyskania odpowiednich warunków : bezpośredniego przyleganie ściany żołądka do przedniej ściany jamy brzusznej.

Po stwierdzeniu wyraźnej diafanoskopii – transluminacji - wyraźnego prześwitywania światła gastroskopu z wnętrza żołądka przez ścianę żołądka i ścianę jamy brzusznej, widocznego na skórze brzucha oraz po potwierdzeniu poprzez badanie palpacyjne i uwidocznienie wyraźnego wpuklenia się ścian jamy brzusznej i żołądka - widoczne w endoskopii, wyznaczamy miejsce nacięcia skóry i nakłucia trokarem, przez który zostanie wprowadzana do wnętrza żołądka koniec nici, który będzie uchwycony narzędziem wprowadzonym przez endoskop a następnie nić – podczas wyprowadzania gastroskopu - będzie wyciągnięta na zewnątrz przez przełyk i usta.

Do końca nici wyprowadzonego przez usta przywiązujemy koniec zgłębnika gastrostomijnego , który będzie następnie przeciągnięty przez usta , przełyk , żołądek i na zewnątrz przez uprzednio wykonane nakłucie powłok i nacięcie skóry.

Przed wypadnięciem zgłębnika z wnętrza żołądka zabezpiecza specjalna końcówka - w formie talerzyka - na końcu zgłębnika , który pozostaje w żołądku.

Po wytworzeniu gastrostomii i wprowadzeniu sondy – zgłębnika- czasami dokonują się ponownych oględzin wnętrza przełyku i żołądka – szczególnie okolicy ujścia gastrostomii - poprzez ponowne wprowadzenie gastroskopu do żołądka.

Możliwe powikłania :

Bezpieczeństwo i powodzenie zabiegu zależą od wielu czynników.

Powodzenie zabiegu zależy od stanu ogólnego pacjenta, zmian stwierdzonych w trakcie gastrokopii, doświadczenia zespołu lekarzy i pielęgniarek wykonujących zabieg oraz prowadzących dalszą opiekę nad chorym, użytego sprzętu.

Możliwe powikłania :

= lekkie (do ok 10% wytworzonych gastrostomii): infekcja miejscowa-zakażenie w obrębie stomii, przerwanie i niedrożność – zapchanie – zgłębniaka (sondy); przeciek w okolicy gastrostomii; przedłużająca się niedrożność; przypadkowe, nieumyślne usunięcie sondy; neuralgia międzyżebrowa; uszkodzenie lewego płata wątroby; opóźnione gojenie się rany po usunięciu sondy,

= ciężkie (od 1 do 2,4%) : aspiracja- zachłyśnięcie, zapalenie otrzewnej, perforacja jelita – przetoka żołądkowo-okrężniczo-skróna, martwicze zapalenie powięzi i powłok, zaburzenia rytmu serca, zespół "wrośniętego portu", krwawienie.

Ryzyko śmierci do 1%.

Wystąpienie niektórych z wyżej wymienionych powikłań, może wymagać pilnej operacji.

Zagrożenie wywołania infekcji , zakażenia jest zminimalizowane przez zastosowanie sprzętu jednorazowego użytku, właściwej procedury dezynfekcji i sterylizacji endoskopu, właściwego postępowania aseptycznego personelu w trakcie zabiegu i w trakcie dalszej opieki nad chorym.

**ZGODA NA WYTWORZENIE PRZEZSKÓRNEJ GASTROSTOMII ODŻYWCZEJ (PEG) METODĄ
ENDOSKOPOWĄ**

Oświadczam, że w czasie rozmowy z lekarzem:

uzyskałam -em wyczerpujące informacje na temat zabiegu i ewentualnych powikłań oraz miałam-em możliwość zadawania pytań i uzyskałam -em wystarczające wyjaśnienie wątpliwości.

Wyrażam zgodę na wykonanie przeskórnej gastrostomii odżywczej metoda endoskopową (PEG) , jednocześnie wyrażam zgodę na podanie środków i leków niezbędnych w trakcie zabiegu.

.....
data, podpis pacjenta

Stosunek prawny oraz imię i nazwisko osoby wrażliwej zgodę w imieniu pacjenta:

.....
data, podpis opiekuna prawnego pacjenta