

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
FORMULARZ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU:

W trakcie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana / Pani:

.....
.....

Po szczegółowej analizie Pana / Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:

plazmaferezy

Celem proponowanego zabiegu jest:

- **usunięcie przeciwciał / kompleksów immunologicznych / mediatorów zapalenia / nadmiaru białka / uzupełnienie czynników osoczowych /**

Alternatywne metody leczenia Pani / Pana schorzenia to:

brak

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU:

Eliminacja czynników chorobotwórczych z osocza, zwiększenie efektywności leczenia podstawowego.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

Powikłania związane z tym / tą zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- spadek ciśnienia tętniczego, ,
- wzrost ciśnienia tętniczego,
- infekcja bakteryjna i wirusowa,
- świąd skóry,
- kurcze mięśniowe,
- drętwienie, mrowienie kończyn,
- reakcja nadwrażliwości (dreszcze, wysypka gorączka),
- zator powietrzny,
- hemoliza,
- hipoksemia,
- zaburzenia rytmu serca,
- krwawienie związane ze zmniejszeniem stężeń czynników krzepnięcia i stosowaniem leków przeciwkrzepliwych,
- utrata elementów morfotycznych krwi,
- obrzęki,
- wstrząs anafilaktyczny,
- nagły zgon.

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobakter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem się ran, ich ropieniem czy innymi stanami zapalnymi a także długotrwałą antybiotykoterapią.

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana / Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pan / Pani zgody na proponowany zabieg rokowania co do Pana / Pani stanu zdrowia w przyszłości są następujące:

Mniejsza efektywność leczenia podstawowego z brakiem możliwości wyleczenia włącznie, wydłużenie czasu terapii.

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem / zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem / Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- rokowania.
-

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń

(lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu

PLAZMAFEREZY

(rodzaj zabiegu)

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg plazmaferazy.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta / pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....