

**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:

Ostrą / przewlekłą niewydolność nerek;

Po szczegółowej analizie Pana / Pani przypadku proponujemy następujący zabieg:

Założenie cewnika naczyniowego do dializy;

Celem proponowanego zabiegu jest:

Wykonanie zabiegu hemodializy;

Alternatywne metody leczenia Pani / Pana schorzenia to:

brak.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU ZAŁOŻENIA CEWNIKA DO HEMODIALIZY:

Eliminacja toksyn mocznicowych lub/i zmniejszenie przewodnienia.

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 zabiegiem mogą między innymi polegać na:

- zator powietrzny,
- odma opłucnowa,
- nakłucie tętnicy,
- krwiak tkanek miękkich,
- krwawienie wewnętrzne,
- zapętlenie prowadnicy,
- zakażenie miejscowe,
- zakrzepowe zapalenie żyły,
- zapalenie okostnej obojczyka w wyniku uszkodzenia,
- kontaktowe (alergiczne) zapalenie skóry w okolicy cewnika,
- uszkodzenie przewodu piersiowego,
- uszkodzenie tchawicy,
- uszkodzenie worka osierdziowego,
- nieprawidłowe położenie cewnika wymagające repozycji,
- nieudana identyfikacja żyły,
- nieudana kaniulacja żyły,
- wstrząs,
- 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:

Dalsze pogarszanie poziomu trucizn endogennych.

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 / operacją.

**Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu:**

założenie cewnika naczyniowego do hemodializ

(rodzaj zabiegu)

.....
data podpis lekarza podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.
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

.....