

Pieczętka kliniki

ZGODA NA KANIULACJĘ ŻYŁY CENTRALNEJ

Imię i nazwisko

PESEL/data urodzenia.....

Cel założenia:

Wskazania do zabiegu kaniulacji żyły centralnej:

- brak możliwości uzyskania dostępu obwodowego,
- monitorowanie hemodynamiczne,
- żywienie pozajelitowe,
- wielokrotna podaż płynów, leków, chemioterapii,
- czasowy dostęp naczyniowy do hemodializ,
- podaż płynów hipertonicznych, hiperosmolarnych, o różnym pH.

Opis zabiegu:

Wkłucie centralne tj. cewnik wprowadzony przez naczynie krwionośne do dużej centralnej żyły, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, sporadycznie w znieczuleniu miejscowym. Cewnik najczęściej umieszczany jest w żyłę szyjnej wewnętrznej, żyłę podobojczykowej, żyłę udowej i żyłę pachowej. Inne lokalizacje to żyła dołu łokciowego (częściej u noworodków). Wkłucie centralne może pozostawać w żyłę kilka tygodni, a nawet miesięcy. Przygotowanie do zabiegu związane jest przygotowaniem do znieczulenia ogólnego.

Przeciwwskazania: zaburzenia krzepnięcia, urazy, zakażenie w okolicy planowanego wkłucia, odwodnienie, infekcja w miejscu planowanego wkłucia, nieprawidłowa anatomia (np. deformacje, guzy, wcześniejsze urazy, brak możliwości właściwego ułożenia), infekcja w miejscu planowanego wkłucia.

Przeciwwskazaniem bezwzględnym jest nie wyrażenie zgody pacjenta/przedstawiciela ustawowego na zabieg.

Informacja o możliwych powikłaniach:

Każdy zabieg operacyjny nie jest obojętny dla organizmu człowieka i zawsze związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie.

- powstanie odmy opłucnej,
- powstanie odmy podskórnej,
- pojawienie się płynu w jamie opłucnowej,
- zator powietrzny,
- nakłucie tętnicy,
- krwiak,
- krwotok (zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami układu krzepnięcia),
- nakłucie przewodu piersiowego,
- uszkodzenie nerwu lub splotu nerwowego w pobliżu miejsca zakładania wkłucia,
- uszkodzenie ściany naczynia (np. rozwarstwienie),
- uszkodzenie ściany serca,
- tamponada serca,
- zaburzenia rytmu serca,
- nieprawidłowe umiejscowienie kaniuli,
- powikłania zakrzepowo – zatorowe
- przemieszczenie cewnika poza światło naczynia.

Mogą wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

Oświadczam, że :

- udzieliłam/-em lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mojego/mojego dziecka a mogących mieć znaczenie dla przeprowadzanego zabiegu wkłucia centralnego oraz, że przekazane informacje są zgodne z prawdą,

Imię i nazwisko Pacjenta (nalepka)

- zostałam/-em poinformowana/y o kaniulacji żyły centralnej, celowości, przewidywanym czasie trwania, jego charakterze, sposobie przeprowadzenia proponowanego zabiegu,
- poinformowano mnie o możliwości wystąpienia i rodzajach powikłań proponowanego zabiegu wkłucia centralnego oraz o jego następstwach,
- miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu wkłucia centralnego, udzielono mi zrozumiałych i wyczerpujących odpowiedzi,
- wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu wkłucia centralnego, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej,
- zostałam/-em poinformowana/y o możliwych konsekwencjach nie wykonania powyższego zabiegu wkłucia centralnego,
- stwierdzam, że w trakcie rozmowy z lekarzem zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu wkłucia centralnego i dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) a uzyskane informacje były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący,
- zostałam/am poinformowany/a o konieczności i celowości wykonania niezbędnych badań przed proponowanym zabiegiem wkłucia centralnego, i **wyrażam zgodę na ich wykonanie**

Mając na uwadze powyższe, Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na wykonanie

u małoletniegoopisanej wyżej kaniulacji

żyły centralnej.

.....
Data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

Oświadczam, iż poinformowałem przedstawiciela ustawowego/pacjenta o planowanym zabiegu kaniulacji żyły centralnej i sposobie jego przeprowadzenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek kaniulacji żyły centralnej, a także poinformowałem przedstawiciela ustawowego/ pacjenta o wszystkich dostępnych i znanych metodach leczenia oraz ich skutkach, w tym metodach stosowanych w innych placówkach leczniczych.

.....
Data i podpis, pieczęć lekarza kwalifikującego na zabieg