



Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. Dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz,
Tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 04-00061
Komórka organizacyjna , tel.
VII część kodu resortowego:

Bydgoszcz dnia,.....

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PUNKCJA JAMY OPŁUCNEJ

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent:
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

ADRES:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

Telefon:

KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

Przewidywany rodzaj zabiegu operacyjnego

Możliwe rozszerzenie zakresu zabiegu operacyjnego

INFORMACJA DLA PACJENTA/KI

1. Cel zabiegu

Punkcja jamy opłucnej może mieć cel diagnostyczny, terapeutyczny lub diagnostyczno-terapeutyczny jednocześnie.

Jako zabieg diagnostyczny służy pobraniu płynu z jamy opłucnej celem poddania go dalszemu badaniu fizykochemicznemu, bakteriologicznemu (mikrobiologicznemu) lub cytologicznemu.

Jako zabieg terapeutyczny polega na usunięciu nadmiernie nagromadzonego płynu w jamie opłucnej celem zmniejszenia duszności, przywrócenia prawidłowej ruchomości oddechowej płuca i właściwego upowietrznienia miąższu płucnego.



2. Opis zabiegu

Zabieg polega na wprowadzeniu igły przez ścianę klatki piersiowej (skórę, tkankę podskórną, mięśnie) do jamy opłucnej w celu odessania (aspiracji) płynu.



3. Przygotowanie do zabiegu

W przygotowaniu do zabiegu nie ma specjalnych zaleceń dla pacjenta. Punkcję jamy opłucnej wykonuje się w znieczuleniu miejscowym.

Zalecane jest zgłoszenie lekarzowi wykonującemu punkcję jamy opłucnej skłonności do ewentualnych krwawień (skaza krwotoczna), skłonności do omdleń bądź faktu przyjmowania leków rozrzedzających krew.

4. Przebieg zabiegu

Czasem bezpośrednio przed punkcją opłucnej (oprócz osłuchiwania i opukiwania klatki piersiowej) lekarz wykonuje badanie radiologiczne lub ultrasonograficzne klatki piersiowej pacjenta dla potwierdzenia obecności oraz ustalenia rozmieszczenia płynu lub powietrza w jamie opłucnej. W przypadku istnienia np. płynu otorbionego w jamie opłucnej, nakłucie ściany klatki piersiowej może być wykonane w miejscu innym od opisanego poniżej. Pacjent rozbiera się do połowy (odstawia górną połowę ciała), przyjmuje pozycję siedzącą, opiera się lekko przedramionami np. o oparcie krzesła. Po odkażeniu skóry lekarz ostrzykuje skórę w miejscu planowanego nakłucia środkiem znieczulającym miejscowo. Nakłucie ściany klatki piersiowej wykonuje się zwykle igłą długości ok 8 cm i średnicy 0,6-0,7 mm. Typowym miejscem punkcji jest VI lub VII przestrzeń międzyżebrowa na wysokości górnego brzegu żebra, na tylnej ścianie klatki piersiowej. W momencie przekłucia opłucnej ściennej istniejące w strzykawce podciśnienie wciąga płyn opłucnowy. Płyn aspiruje się strzykawką lub przy pomocy odpowiedniego zestawu wytwarzającego podciśnienie. Procedura trwa zwykle od kilku do kilkunastu minut. W jej czasie wszelkie nagłe dolegliwości (np. ból, duszność, osłabienie) należy zgłaszać lekarzowi wykonującemu punkcję jamy opłucnej.



5. Zachowanie pacjenta po zabiegu

Pacjent pozostaje przez co najmniej pół godziny pod stałą kontrolą personelu medycznego. Wszelkie zalecenia ustalane są indywidualnie przez lekarza prowadzącego leczenie pacjenta.

6. Możliwe powikłania

Bardzo rzadko zdarza się nakłucie naczyń międzyżebrowych lub nakłucie płuca (pacjent może odpluwać krwistą plwocinę), które zwykle jeszcze w trakcie badania jest rozpoznawane, i na ogół nie wymaga interwencji chirurgicznej. Sporadycznie może wystąpić odma opłucnej, czyli sytuacja, kiedy do opłucnej dostanie się powietrze- wówczas może być konieczne założenie drenu.

Jeśli jest taka potrzeba badanie może być powtarzane. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku. U kobiet ciężarnych badanie wykonuje się bez poprzedzających badań radiologicznych.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/ Panu zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko, aczkolwiek nigdy nie można ich wykluczyć.

7. Alternatywne metody postępowania

Założenie drenu opłucnej

8. Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia

Jeśli płyn jest przyczyną duszności- odmowa wykonania punkcji będzie wiązała się z nieustąpieniem duszności.

W przypadku wskazań diagnostycznych- brak zgody na pobranie płynu z opłucnej uniemożliwi jego badanie mikrobiologiczne, cytologiczne i/lub fizykochemiczne.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego. Jeśli chce Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Uwagi pacjenta:

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego



Oświadczenie

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

**Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych
negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia**

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza



Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

.....

data, godzina

.....

podpis i pieczętka lekarza

Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

data, godzina

.....

podpis i pieczętka lekarza