

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

bronchofiberoskopia z pobraniem wycinków

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta: **JAN NOWAK**.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta: **7001010000**.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Bronchofiberoskopia z pobraniem wycinków.

III Opis choroby będącej przedmiotem zgłoszenia się pacjenta

Na podstawie zgłaszanych przez Panią/Pana objawów oraz przeprowadzonych do tej pory badań istnieje podejrzenie choroby w obrębie oskrzeli. Przed zastosowaniem ewentualnego leczenia należy określić charakter tych zmian lub wykluczyć ich obecność.

IV Opis przebiegu proponowanego zabiegu

W dniu badania pacjent pozostaje na czczo oraz w razie potrzeby otrzymuje leki ułatwiające jego przeprowadzenie. Przed badaniem należy wyjąć ewentualne protezy zębowe.

Badanie nie jest bolesne ale może mu towarzyszyć kaszel, odruchy wymiotne, uczucie dykomfortu w gardle. W celu zminimalizowania tych odczuć lekarz miejscowo znieczulił gardło i języka lignokainą w aerozolu, a następnie wodnym roztworem lignokainy dalsze odcinki układu oddechowego.

Badanie odbywa się w pozycji leżącej na plecach lub półsiedzącej. Po włożeniu między zęby plastikowego ustnika lekarz wprowadza przez jamę ustną do gardła, a następnie do tchawicy i oskrzeli bronchofiberoskop – giętką rurkę o średnicy 6 mm, wyposażoną w oświetlenie oraz kamerę umożliwiającą dokładne obejrzenie badanych narządów.

Oglądanie oskrzeli trwa kilka minut i jest bezbolesne ale może wywoływać kaszel, który łatwo opanować wstrzymaniem oddechu na kilka chwil oraz podaniem odpowiednich leków przed jak i w trakcie trwania badania.

W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych małe wycinki do badania histopatologicznego. Pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne.

Bronchoskop przed każdym badaniem jest starannie dezynfekowany a wycinki pobiera się sterylnymi szpiczyczkami jednorazowego użytku. Z tego powodu zainfekowanie chorego w trakcie zabiegu jest praktycznie niemożliwe.

V Opis innych dostępnych metod

Nie ma

obecnie innego badania, które przy porównywalnym bezpieczeństwie umożliwiłoby ocenę oskrzeli oraz (w razie potrzeby) pobranie wycinków do badania histopatologicznego lub wydzieliny oskrzelowej do badań mikrobiologicznych.

Badania obrazowe (tomografia komputerowa (CT), pozytronowa tomografia emisyjna (PET) umożliwiają określenie zaawansowania, rozległości procesu chorobowego ale nie umożliwiają badania histopatologicznego zmienionych chorobowo tkanek, które w przypadku nowotworów jest niezbędne w celu wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Nakłucie zmiany przez ścianę klatki piersiowej pod kontrolą tomografii komputerowej (BAC-CT) jest zabiegiem niosącym większą możliwość powikłań niż bronchofiberoskopia i jest wykonywane w przypadku zmian położonych poza zasięgiem bronchoskopu – na obwodzie płuca.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Bronchoskopia jest badaniem bezpiecznym, groźne powikłania zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pacjent musi wiedzieć, iż absolutnego bezpieczeństwa, tak jak w przypadku każdej procedury medycznej, nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Spośród powikłań bronchofiberoskopii należy wymienić:

- nietolerancja/uczulenie na lignocainę stosowaną podczas znieczulenia miejscowego – proszę poinformować lekarza przed znieczuleniem jeśli kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana niepokojące objawy podczas znieczulenia miejscowego w czasie zabiegów stomatologicznych/chirurgicznych
- krwawienie wywołane mechanicznym uszkodzeniem błony śluzowej lub na skutek pobierania wycinków. Aby zmniejszyć ryzyko krwawienia stosuje się odpowiednie leki zarówno miejscowo (przez bronchoskop) jak również w razie potrzeby w postaci iniekcji dożylnych,
- skurcz oskrzeli jest bardzo rzadkim powikłaniem, w razie wystąpienia zwalcza się go podając leki w inhalacji oraz dożylnie,
- uszkodzenie krtani, tchawicy, oskrzeli – przy ostrożnym wykonaniu badania praktycznie nie powinny się zdarzyć
- przejściowe niedotlenienie organizmu, zaburzenia rytmu serca – aby zapobiec tym powikłaniom w trakcie badania pacjent otrzymuje tlen przez cewnik donosowy, a przed badaniem (w razie potrzeby również w trakcie jego trwania) czynność serca jest oceniana za pomocą EKG.

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Zwiększone ryzyko powikłań istnieje u chorych z zaburzeniami krzepnięcia krwi, niewydolnością oddechową, ciężką niewydolnością serca, u osób ze świeżym zawałem serca (oraz do 6 tygodni po zawale), zaburzeniami rytmu serca (zwłaszcza pochodzenia komorowego), z astmą oskrzelową w okresie zaostrzenia

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

VIII Opis możliwych powikłań odległych po zabiegu

Po zabiegu z powodu miejscowego znieczulenia, gardła, języka i krtani nie wolno przez 2 godziny nic jeść ani pić. Pozwoli to uniknąć zakrzuszenia.

Czasami po pobraniu wycinków może wystąpić śladowe krwioplucie, które zwykle szybko samoistnie ustępuje.

W kilka godzin po badaniu u niektórych pacjentów może dojść do przejściowego wzrostu temperatury ciała (gorączki), która szybko normalizuje się po podaniu leków.

Wystąpienie wszystkich niejasnych dla Pani/Pana objawów należy zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania

Istnieje szereg wskazań do wykonania bronchoskopii - wskazania kliniczne (m.in. uporczywy kaszel, krwioplucie, duszność, objawy zapalenia płuc) oraz radiologiczne (nieprawidłowości stwierdzone w zdjęciu radiologicznym lub tomografii komputerowej płuc). Bronchoskopia ma potwierdzić lub wykluczyć podejrzaną chorobę.

Rezygnacja z badania opóźni postawienie prawidłowej diagnozy dotyczącej Pani/Pana schorzenia a w przypadku choroby nowotworowej wręcz uniemożliwi leczenie przyczynowe. Leczenie raka płuca (operacja, radioterapia, chemioterapia) może być podjęte TYLKO po rozpoznaniu typu nowotworu, stąd konieczność pobrania wycinka i jego badanie pod mikroskopem (badanie histopatologiczne).

X Pytania

Jeżeli ma Pan jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....
.....

XI Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Data i podpis Pacjenta ... **31.10.2022** **Jan Nowak**

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data i podpis Pacjenta ... **31.10.2022** **Jan Nowak**

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data i podpis Pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu)

.....
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis Pacjenta **31.10.2022 Jan Nowak**

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* *niepotrzebne skreślić*