

Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie o wyrażeniu „świadomej zgody na wykonanie procedury medycznej PRZEZSKÓRNA GASTROSTOMIA ENDOSKOPOWA- ZAŁOŻENIE PEG-a



I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury

Pacjent nie może przyjmować pokarmów doustnie. Po założeniu sondy PEG będzie możliwe prawidłowe odżywianie pacjenta w składniki pokarmowe niezbędne do życia.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Przezskórna endoskopowa gastrostomia, to rodzaj przetoki żołądkowo-skórnej, wytworzonej w celu dostarczenia substancji odżywczych do żołądka. Przez powłoki skórne i pod kontrolą endoskopu, wprowadzany jest specjalny dren do żołądka. Zabieg trwało od 15 do 45 minut i odbywa się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Procedurę wykonują doświadczeni lekarze, co zapewnia najwyższy poziom bezpieczeństwa .

III. Ewentualne inne sposoby postępowania

Możliwość założenia sondy do żołądka np. przez nos. Nie jest wskazana, gdyż pacjent wymaga długotrwałego karmienia, istnieje znaczne ryzyko powstania odleżyn na przebiegu sondy oraz wyrwanie sondy.

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Procedura obarczona jest ryzykiem powikłań, jednak występują one bardzo rzadko. Zakażenie miejsca założenia gastrostomii, zaczerwienienie okolicy przetoki, wyciek treści żołądkowej, wypadnięcie PEG-a, dolegliwości bólowe, gorączka, krwawienie.

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Prowadzenie prawidłowego żywienia, z odpowiednią zawartością poszczególnych składników i witamin może stać niemożliwa bez założenia sondy PEG.

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/ łąm się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze założenia sondy PEG.
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

i oświadczam, że zostałem/ łąm poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza