Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/12
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PUNKCJĘ JAMY OPŁUCNOWEJ	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 1 z 2

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……
PESEL ……

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Cel zabiegu

Zabieg **punkcji jamy opłucnowej** polega na wprowadzeniu grubej igły do jamy opłucnowej przez powłoki skórne celem pobrania płynu do badania lub odbarczenia jamy opłucnowej z nadmiernej ilości płynu.

Możliwe powikłania

Zabieg punkcji jamy opłucnowej obarczony jest ryzykiem wystąpienia następujących powikłań:

1. odma opłucnowa,
2. zakażenie jamy opłucnowej,
3. krwawienie do jamy opłucnowej wskutek uszkodzenia tętnicy lub żyły międzyżebrowej, śledziony bądź wątroby,
4. rozsiew komórek nowotworowych w miejscu wkłucia (w przypadku choroby nowotworowej),
5. omdlenie, zwolnienie akcji serca, spadek ciśnienia tętniczego krwi,
6. obrzęk płuc wskutek szybkiej i dużej utraty płynu z jam opłucnowych,
7. chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi wirusami,
8. wyjątkowo rzadko w wyniku powikłań może dojść do zgonu pacjenta.

Ważne pytania, na które powinien/powinna Pan/Pani dokładnie odpowiedzieć aby odpowiednio wcześnie rozpoznać źródła niebezpieczeństw i zagrożenia co pozwoli lepiej ocenić ryzyko wystąpienia powikłań.

1.	**Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?**	**TAK**	**NIE**
2.	**Czy przyjmuje Pan/Pani leki powodujące rozrzedzenie krwi (np. Sintrom, Acenocumarol, Acard)?**	**TAK**	**NIE**
3.	**Czy stwierdzono u Pana/Pani uczulenie na leki, plaster, latex, środki spożywcze, środki miejscowo znieczulające?**	**TAK**	**NIE**
4.	**Czy istnieje jakaś ostra lub przewlekła choroba zakaźna (np. WZW, AIDS) lub inna choroba przewlekła?**	**TAK**	**NIE**

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F- PM – 3/12
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PUNKCJĘ JAMY OPŁUCNOWEJ	Wydanie II z dnia 21.02.2020r.
		Strona 2 z 2

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Świadomy możliwości wystąpienia powikłań, wyrażam zgodę na wykonanie punkcji jamy opłucnowej.

…… ……..

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……

(podpis lekarza)

W przypadku odmowy wyrażenia zgody na zabieg

Po wyczerpującym poinformowaniu nie wyrażono zgody na wykonanie punkcji jamy opłucnowej. O możliwych ujemnych skutkach wynikających z tego pacjent został poinformowany.

…… ……..

Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……

(podpis lekarza)

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.