



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG

Imię i nazwisko

PESEL* Data ur. / / Płeć M K

Nr Księgi Głównej / Nr Księgi Oddziałowej:

Lekarz prowadzący:

Rozpoznanie:

I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

TRACHEOSTOMIA KLASYCZNA

II. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

U niektórych pacjentów po urazie intubacja dotchawicza jest albo nieprzydatna albo niemożliwa i konieczny jest dostęp chirurgiczny. Wskazania obejmują rozległe obrażenia szczękowo-twarzowe, anatomiczne zniekształcenia w następstwie obrażeń szyi oraz niemożność uwidocznienia strun głosowych z powodu obecności krwi, wydzieliny lub obrzęku dróg oddechowych. W większości sytuacji preferowaną procedurą doraźną jest konikotomia. Obecnie uważa się, że tracheostomia może być wskazana u niektórych pacjentów, na przykład u tych z obrażeniami krtani. Obie procedury chirurgiczne mogą być poprzedzone nakłuciem tchawicy z wentylacją o szybkim przepływie pod wysokim ciśnieniem dla poprawy utlenowania i umożliwienia przeprowadzenia procedury zgodnie z zasadami. Niektórzy twierdzą, że wczesna tracheostomia w przeciągu pierwszego tygodnia może być również wskazana u tych chorych, którzy będą prawdopodobnie poddawani długotrwałej sztucznej wentylacji.

U niektórych pacjentów, aby umożliwić odzwyczajanie od respiratora i zakończenie wentylacji mechanicznej może okazać się niezbędne wykonanie tracheostomii, ponieważ zmniejsza się pracę mięśni oddechowych.

Wskazania do tracheostomii u chorych chirurgicznych są następujące:

- Obecność schorzenia rokującego długotrwałą wentylację mechaniczną lub niemożność zachowania drożności dróg oddechowych (lub jedno i drugie)
- Obrzęk górnych dróg oddechowych lub ich wysokie zagrożenie po urazie i operacji szczękowo-twarzowej
- Zagrożenie górnych dróg oddechowych po unieruchomieniu szyi dla stabilizacji złamania kręgosłupa
- Potrzeba tracheostomii z powodu niemożności wykonania intubacji

III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Przed tym zabiegiem zostanie oglądnięta badaniem lusterkowym krtań by ustalić, czy istnieją warunki do zaintubowania, czyli czy rurka intubacyjna mimo zwężenia i zmieści się w krtani, czy też nie. Jeżeli nie ma warunków do skutecznej intubacji, to wykonujemy konikotomię lub tracheotomię w znieczuleniu miejscowym. Jeżeli są, to zawsze wykonujemy tracheotomię u zaintubowanego chorego.

- 1) Po zaintubowaniu chorego kładziemy go na plecach tak, aby wyeksponować szyję.
- 2) Zabieg wykonany będzie w znieczuleniu miejscowym bądź ogólnym.
- 3) Wykonamy cięcie w linii środkowej od dolnego brzegu chrząstki tarczowatej (którą można wymacać) do górnego brzegu rąkojeści mostka (lub poprzeczne) o długości około 4–5 cm.
- 4) Przecinając skórę i tkanki podskórne dojdziemy do mięśni. „Na tępo” je rozchylimy „zabierając je pod haki tępe asysty”. Jeśli będzie taka potrzeba, przetniemy wężynę tarczycy, (bo ona jest nad tchawicą w tym miejscu).
- 5) Jednozębny hak wbija się między chrząstką pierścieniową a pierwszym pierścieniem tchawicy i podnosi się krtań do góry. Nożem wycina u dorosłego chorego okienko tak, aby nie pokaleczyć pierwszego pierścienia tchawicy i aby zostały fragmenty przedniej ściany tchawicy. Cięcie w tchawicy ma umożliwić usunięcie rurki tracheotomijnej po wyzdrowieniu.
- 6) Wkładamy o odpowiednim rozmiarze rurkę do otworu w tchawicy i mocujemy tasiemką na szyi, aby przy odruchu kaszlowym nie wypadła.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Niezbędne jest utrzymanie drożności dróg oddechowych. Skuteczna intubacja trwa już zbyt długo (lub jest niemożliwa). Innej alternatywy nie ma oprócz tracheostomii przezskórnej.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną

Opisano następujące okołoperacyjne powikłania tracheostomii przezskórnej:

- krwawienie z rany spowodowane uszkodzeniem przedniej żyły szyjnej lub z wężyny tarczycy;
- uszkodzenie przetyku na skutek przebiccia tylnej ściany tchawicy;
- założenie rurki tracheostomijnej poza światłem tchawicy na skutek wytworzenia podczas jej wprowadzania fałszywej drogi;
- spowodowanie niedrożności dróg oddechowych;
- podczas tracheotomii wykonywanej w znieczuleniu miejscowym, po otwarciu tchawicy gwałtownie spada poziom parcjalnego ciśnienia CO₂ i może spowodować wystąpienie bezdechu.
- uczulenie na środek znieczulający.
- wystąpienie rozedmy podskórnej lub śródpiersiowej.

Wymienione powikłania mogą wymagać dalszych operacji lub leczenia, a zator tętnicy płucnej może być także przyczyną śmierci.

Śmiertelność okołoperacyjna związana z tracheostomią w randomizowanych badaniach ocenia się na mniej niż 0,2%. Jeśli rozważa się tracheotomię z powodu przewidywanej długotrwałej wentylacji mechanicznej, czas jej wykonania pozostaje nieco kontrowersyjny.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

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

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Jeśli leczenie będzie przebiegało prawidłowo, to po kilku tygodniach możliwe będzie usunięcie rurki tracheostomijnej, a otwór sam stopniowo się zamknie lub zablizni. Mogą jednak w tym czasie pojawić się powikłana późne, takie jak zakażenie przyranne, zwężenie tchawicy, zapalenie płuc lub oskrzeli.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Jeśli proponowane leczenie nie zostanie przeprowadzone, narastająca niedrożność dróg oddechowych (dalsza obecność rurki intubacyjnej), brak możliwości skutecznej wentylacji itd. mogą w krótkim czasie doprowadzić do nieodwracalnych powikłań ze zgonem włącznie.

IX. 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. Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia proszę wpisać je poniżej:

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

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i czytelny podpis pacjenta.....

Data i czytelny 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 zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia , badań, oraz przebytych chorób.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*

*** niepotrzebne skreślić*