

**Formularz świadomej zgody pacjenta / przedstawiciela ustawowego\* na  
WEWNĄTRZNACZYNIOWĄ EMBOLIZCJĘ NACZYNIA  
OBWODOWEGO**

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL.....Nr Ks. Głównej.....

**1. Proponowana procedura**

**Wewnątrznacyniowa embolizacja naczynia obwodowego**

Celem zabiegu jest zamknięcie uszkodzonego naczynia krwionośnego powodującego krwotok (uszkodzenia pourazowe, spowodowane procesem patologicznym, jatrogenne). Zabieg polega na nakłuciu t. udowej w pachwinie i wprowadzenie tą drogą cewnika do miejsca uszkodzenia. Podany przez cewnik środek kontrastujący uwidacznia miejsce krwawienia. Następnie poprzez cewnik wprowadza się do uszkodzonego naczynia środek embolizujący (spirale, klej, cząsteczki PVA, spongostan), które trwale zamykają naczynie zabezpieczając przed wynaczynieniem krwi.

**2. Alternatywne metody leczenia**

Metoda chirurgiczna – podwiązanie uszkodzonego naczynia, a w przypadku braku takiej możliwości - podwiązanie większego naczynia bądź też usunięcie narządu ( np. śledziony, nerki).

**3. Dające się przewidzieć następstwa:**

Może wystąpić zespół poembolizacyjny (ból, gorączka), który mija po kilku dobach. Może wystąpić niedokrwienie tkanek zaopatrywanych przez zamkniętą tętnicę.

**4. Możliwe powikłania:**

- zatorowo-zakrzepowe - objawy zależą od okolicy anatomicznej
- krwotoczne spowodowanych mechanicznym uszkodzeniem ściany naczynia
- związane z nadwrażliwością na stosowane leki i środki kontrastowe
- powikłania w miejscu nakłucia: krwiak, tętniak rzekomy, przetoka tętniczo-żylna.
- mimo, że zabieg wykonywany jest sprzętem jednorazowego użytku, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zakażenia wirusami zapalenia wątroby i innymi wirusami.

Nazwisko i imię pacjenta.....

5. W przypadku wystąpienia powikłań związanych z uszkodzeniem naczyń może wystąpić konieczność wykonania natychmiastowej operacji chirurgicznej, dlatego prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

**6. Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego \***

Oświadczam, że podczas rozmowy z lekarzem mogłem/am zadawać pytania dotyczące sposobu przeprowadzenia zabiegu diagnostycznego/leczniczego, alternatywnych metod diagnostyki/leczenia, potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu.  
Zrozumiałem/am w pełni informacje podane przez lekarza. Wyjaśniono mi wszelkie wątpliwości dotyczące planowanego zabiegu diagnostycznego/leczniczego.  
Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.

Bez zastrzeżeń **wyrażam** zgodę na wykonanie **embolizacji naczynia obwodowego**

.....  
data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego\*

.....  
data i podpis pacjenta 16 -18 lat

**Nie wyrażam zgody** na proponowaną procedurę **embolizacji naczynia obwodowego**. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego\*

.....  
data i podpis pacjenta 16 -18 lat

.....  
data, podpis i pieczętka lekarza

\* niepotrzebne skreślić