

ŚWIADOMA ZGODA – ZAŁOŻENIE CEWNIKA TUNELIZOWANEGO DO ŻYŁY CENTRALNEJ

Imię i nazwisko											
PESEL										Nr księgi gł.	

1. INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA

Stwierdzono u Pani/Pana pogorszenie stanu ogólnego zdrowia, w którym pogorszenie czynności nerek odgrywa istotną rolę. Nerki odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu tzw. równowagi wewnętrznej organizmu poprzez: usuwanie substancji toksycznych, utrzymywanie stałego składu elektrolitowego i kwasowo – zasadowego (odczyn pH) wody organizmu, utrzymanie prawidłowej ilości wody w organizmie, produkcję niektórych substancji ważnych dla prawidłowej czynności organizmu (np. erytropoetyna stymulująca produkcję krwinek czerwonych, postać aktywna witaminy D) oraz rozkład niektórych aktywnych substancji (np. insuliny). W Pani/Pana przypadku przyczyną tego jest najprawdopodobniej:

.....
.....

2. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie dotychczas przeprowadzonych badań rozpoznano u Pani/Pana (istnieje u Pani/Pana podejrzenie)

- ostre uszkodzenie nerek wymagające leczenia hemodializami (ostrej niewydolności nerek)
- przewlekłą chorobę nerek w stadium G5 wymagającą leczenia hemodializami [niewydolność nerek]

.....

3. METODY LECZENIA (PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE DLA DANEGO ROZPOZNANIA)

Niezbędnym elementem do przeprowadzenia hemodializy jest dostęp naczyniowy pozwalający uzyskać odpowiedni przepływ krwi przez dializator. Dostęp naczyniowy służy do dostarczenia krwi pacjenta podczas hemodializy do aparatu do hemodializ, czyli tzw. sztucznej nerki i jej odbiorowi po usunięciu toksyn mocznicowych i nadmiaru wody. W zależności od potrzeb pacjenta częstość i czas trwania oraz inne szczegółowe parametry hemodializy są określone indywidualnie. W ostrej niewydolności nerek zazwyczaj wykonywane są zabiegi codzienne przez 3 godziny lub co drugi dzień przez 3,5-4,5 godziny, a w przewlekłej chorobie nerek 3-razy w tygodniu przez 4 godziny.

W ostrej niewydolności nerek dostępem naczyniowym jest zwykle cewnik nietunelizowany do hemodializ wkłuwany do żyły szyjnej wewnętrznej, zewnętrznej, podobojczykowej lub udowej. W sytuacjach, gdy przewidywany czas leczenia wynosi ponad 2-3 tygodnie, a stan pacjenta na to pozwala w momencie podejmowania decyzji o rodzaju dostępu naczyniowego, wówczas zakłada się cewniki tunelizowane. Cewnik tunelizowany od miejsca wkłucia do żyły (zwykle w okolicy podstawy szyi) przebiega podskórnym tunelem i wychodzi na zewnątrz w odległości około 6-10 cm od miejsca wkłucia (zwykle pod obojczykiem). Cewnik tunelizowany ma w swoim przebiegu (5cm od końca zewnętrznego) dakronową mufkę, która wrasta w tkankę podskórną stanowiąc mechanizm mocujący cewnik w ciele i barierę ochronną.

Pozostałe rodzaje dostępu naczyniowego stosowane u chorych z przewlekłą chorobą nerek wymagających leczenia HD to przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych (u większości chorych jest to najlepszy dostęp naczyniowy) i przetoka tętniczo-żylna z protezą naczyniową. Przetoka tętniczo-żylna stanowi połączenie tętnicy z żyłą, dzięki czemu przepływ w żyłę ulega znacznemu zwiększeniu (około 10-krotnemu). W następstwie zwiększonego przepływu ściana żyły ulega przebudowie – arterializacji – dzięki czemu ulega poszerzeniu światła żyły, a jej ściana pogrubieniu, co umożliwia wielokrotne nakłuwanie żyły i uzyskanie odpowiedniej podaży krwi do aparatu do hemodializ. Zabieg wytworzenia przetoki tętniczo – żyłnej wykonuje chirurg lub nefrolog i wymaga odpowiedniego stanu naczyń – zarówno tętniczych i żylnych, aby przetoka

mogła spełnić swoją funkcję jako dostępu naczyniowego. Proces arterializacji trwa kilka tygodni, dlatego bezpośrednio po wytworzeniu przetoki tętniczo-żylniej z naczyń własnych nie można jej wykorzystywać. W przypadku przetoki z wykorzystaniem protezy naczyniowej do wczesnego nakłuwania możliwe jest jej wykorzystanie nawet w ciągu 24 godzin od zabiegu. Jednak w odróżnieniu od przetok z naczyń własnych protezy wiążą się częstszym występowaniem powikłań.

Tylko u niektórych chorych z przewlekłą chorobą nerek wymagających leczenia HD proponuje się założenie cewnika nietunelizowanego i są to zwykle wyjątkowe sytuacje takie jak:

- ciężki stan pacjenta uniemożliwiający wykorzystanie przetoki lub założenie cewnika tunelizowanego,
- zakażenie związane z obecnością cewnika tunelizowanego po jego usunięciu,
- obecność przetoki tętniczo-żylniej do hemodializ, która ze względu na zbyt krótki czas od wytworzenia nie może być wykorzystywana, ale rokuje, że w ciągu 2-3 tygodni będzie stanowiła dostęp naczyniowy,
- trudności z założeniem cewnika tunelizowanego jak forma ratunkowego dostępu naczyniowego.

Alternatywą dla hemodializy jest dializa otrzewnowa. Dializa otrzewnowa wykorzystuje błonę otrzewną (czyli błonę wyściełającą jamę brzuszną) do filtrowania nadmiaru wody i toksyn mocznicowych. Aby móc stosować dializę otrzewnową, konieczne jest wszczępienie cewnika do jamy otrzewnej (cewnik Tenckhoffa), czyli do jamy brzusznej. Przez cewnik wpuszczany jest płyn dializacyjny do otrzewnej, który w określonych odstępach czasu (zwykle 4-razy dziennie) jest wymieniany. Zwykle płyn dializacyjny jest roztworem glukozy o różnym stężeniu i elektrolitów. Toksyny mocznicowe i nadmiar wody przenikają do płynu dializacyjnego, który jako dializat jest usuwany z jamy brzusznej.

4. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA PROPONOWANEJ INTERWENCJI



Do zabiegu założenia cewnika tunelizowanego do hemodializ konieczne jest uprzednie umycie całego ciała pod prysznicem wodą z mydłem oraz założenie jest kaniuli dożylniej. W zależności od warunków anatomicznych zabieg trwać może różnie długo, zwykle około 30-45 minut, ale niekiedy może trwać dłużej. W tym czasie pacjent pozostaje w pozycji leżącej, a zabieg odbywa się w sali zabiegowej lub operacyjnej. Pielęgniarka zabezpieczy do zabiegu monitoring EKG (przyklei plastry na klatkę piersiową), ciśnienia tętniczego (założy mankiet do pomiaru ciśnienia) i natlenienia krwi (założy klips na palec). Lekarz oceni wstępnie naczynia pod usg i wskaże lokalizację nakłucia. Lekarz, po umyciu i dezynfekcji rąk założy jednorazowy strój ochronny i wraz z pielęgniarką przygotują stół zabiegowy w sposób minimalizujący ryzyko zakażenia. Następnie płynem antyseptycznym zostanie przetarta skóra w wybranej okolicy ciała, która zostanie obłożona jałowymi chustami, co może wiązać się z przykryciem głowy niebieskimi serwetami. Pielęgniarka zapewni dostęp powietrza do pacjenta, a w razie konieczności zapewni dodatkowy dopływ tlenu. Po obłożeniu nie można się ruszać, ponieważ może to spowodować zabrudzenie okolicy zakładania cewnika. Wszelkie uwagi należy zgłaszać ustnie i będzie na nie odpowiednia reakcja personelu. Podczas zakładania cewnika stosuje się znieczulenie miejscowe nasiękowe, co odczuwalne jest jako ukłucie z krótkotrwałym pieczeniem. Mija ono po kilkunastu sekundach. W czasie zabiegu pacjent odczuwa ucisk, ciągnięcie (zwykle podczas przeprowadzania cewnika w tunelu), niekiedy dyskomfort w okolicy gardła, jednak nie powinien odczuwać bólu. W razie pojawienia się bólu proszę informować o tym lekarza. Po założeniu cewnika jest on umocowywany szwami, co jednak nie będzie bolało. Po założeniu cewnika konieczne

wykonanie RTG klatki piersiowej. Cewnik zakładany przez żyłę szyjną wewnętrzną, zewnętrzną i podobojczykową wychodzi z ciała poniżej obojczyka, a cewnik zakładany przez żyłę udową na udzie lub



podbrzuszu. Szwy z miejsca nacięcia skóry w miejscu wkłucia do żyły (ok 5-10mm) są usuwane w stacji dializ po około 7 dniach od założenia cewnika. Natomiast szwy mocujące cewnik teoretycznie mogą być usunięte po 3 tygodniach, ale zalecamy ich dłuższe utrzymanie przez co najmniej 6 miesięcy do czasu wrośnięcia się mufki cewnika, aby zapobiec wysunięciu się cewnika, co wiązałoby się z koniecznością jego wymiany.

W przypadku konieczności usunięcia cewnika

Zdjęcia – dwa górne - przedstawiają pacjentów podczas hemodializy, u których dostępem naczyniowym jest cewnik tunelizowany.

Zdjęcie dolne przedstawia pacjenta z cewnikiem tunelizowanym zabezpieczonym opatrunkiem Oper Cat.

5. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Jak każda procedura inwazyjna, również założenie cewnika tunelizowanego do hemodializ może wiązać się z wystąpieniem rzadkich powikłań takich jak:

- Odma opłucnowa (uszkodzenie płuca) – może się objawiać suchym kaszlem, bólem przy oddychaniu, dusznością; wystąpienie tych objawów należy niezwłocznie zgłaszać personelowi medycznemu, ponieważ nieleczona odma opłucnowa może być groźna dla zdrowia i życia;
- Krwawienie – od niewielkiego, które pozostawi niewielki ślad na opatrunku po masywne wymagające niekiedy istotnej interwencji lekarza;
- Infekcja – zakażenie związane z cewnikiem może objawiać się zaczerwienieniem, bólem i bolesnością w okolicy tunelu cewnika, gorączką i/lub dreszczami, złym samopoczuciem i brakiem apetytu; wystąpienie tych objawów należy niezwłocznie zgłaszać personelowi medycznemu, ponieważ nielezione zakażenie może być groźne dla zdrowia i życia;
- Zakrzepica żył w których zlokalizowany jest cewnik, co zwykle przebiega bezobjawowo, ale może powodować obrzęk w obszarze, z którego zakrzepnięta żyła odprowadza krew.

Aby zminimalizować ryzyko powikłań opatrunek wokół cewnika powinien być zmieniony, gdy ulegnie poluzowaniu, zmoczeniu lub zabrudzeniu krwią, ale nie rzadziej niż co 7 dni. Przed prysznicem należy zabezpieczyć cewnik przed zamoczeniem, a po prysznicu w przypadku jego zamoczenia powinien zostać jak najszybciej zmieniony. Dostępne są na rynku specjalne opatrunki wodoodporne pozwalające bezpiecznie wziąć prysznic pacjentowi z cewnikiem bez dodatkowych zabezpieczeń (np. Oper Cat firmy IHT cena ok. 5 zł za opatrunek wymieniany przy każdej dializie).

Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań:

- Zabieg wykonuje przeszkolony i doświadczony personel
- Stosuje się zasady obowiązujące przy zakładaniu cewnika zgodne z obecnymi zaleceniami
- Monitoruje się stan pacjenta

ROKOWANIE – prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w Pani/Pana przypadku jest:

duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/Pana stanu zdrowia w przyszłości jest niepewne z uwagi na to, że nie będzie dostępu naczyniowego niezbędnego dla przeprowadzenia zabiegu hemodializy. A w sytuacji zagrożenia życia nie zastosowanie tego zabiegu może doprowadzić do śmierci.

.....

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/Pan zapytał nas o wszystko, co chciałby wiedzieć w związku z planowanym przetoczeniem.

Pytania pacjenta:

.....

.....

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem

dr spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub zaniechania ich
- wyników proponowanego zabiegu
- rokowania
- ewentualnego leczenia po zabiegu
- znane mi są możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) **zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie założenie cewnika tunelizowanego do hemodializ:

.....

.....

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciel ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	

Nie zgadzam się na proponowane mi założenie cewnika tunelizowanego do hemodializ. Zostałam/zostałem poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

Data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciel ustawowego	
Data, podpis oraz pieczęć lekarza	