

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU WEWNĄTRZŻYLNego

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA / PACJENTKI

.....

PESEL

Wyrażam zgodę na wykonanie przez zabiegu zamknięcia OBU ŻYŁ ODPISZCZELOWYCH przy
użyciu metody:

**Termiczna ablacja żył indukowana prądem o częstotliwości fal radiowych zwanego dalej
zabiegiem wewnątrżyłnym.**

I. OPIS CHOROBY

Dr n. med. Aleksander Łukasiewicz wyjaśnił mi istotę mojej choroby. Niewydolność żył
powierzchnowych jest wynikiem nieprawidłowej funkcji zastawek żylnych, co prowadzi do
powstania odwróconego kierunku przepływu krwi w żyłach, czyli refluksu a następnie do
nieprawidłowego powrotu krwi z kończyn dolnych do serca. Refluks i zastój krwi powodują
rozciągnięcie żył i ucieczkę części krwi z żył do otaczających tkanek. To prowadzi do powstania
objawów niewydolności żyłnej.

II. METODY LECZENIA

- Kompresjoterapia – noszenie wyrobów uciskowych
- Tradycyjne leczenie chirurgiczne (w drodze usunięcia żyły),
- Skleroterapia (ablacja chemiczna),
- Zabieg wewnątrżyłny

III. OPIS ZABIEGU

Lekarz wytłumaczył mi podstawy zabiegów wewnątrżyłnych. W wyniku zabiegu niewydolne
żyły przestają być drożne i zanikają. Krew z obszaru drenażu zamkniętej żyły odpływa do serca
układem żył głębokich. Usunięcie niewydolnych żył nie powoduje niepożądanych następstw,
ponieważ żyły te nie spełniają swojej funkcji a wręcz ich pozostawienie może stanowić
zagrożenie dla zdrowia.

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5a
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna
83-200 Starogard Gdański

FILIA POLPHARMA
ul. Pielplińska 19
83-200 Starogard Gdański

FILIA BOBOWO
ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna

Przygotowanie pacjenta do zabiegu: Pacjent bez chorób współistniejących nie wymaga szczególnego przygotowania do zabiegu wewnątrzżylnego. Pacjenta z chorobami współistniejącymi prosimy o przedstawienie konsultacji internistycznej lub kardiologicznej uwzględniającej wykonanie zabiegu wewnątrzżylnego w znieczuleniu miejscowym. W przypadku współistnienia chorób związanych z zaburzeniami krzepnięcia krwi prosimy o oznaczenie grupy krwi, morfologii oraz parametrów krzepnięcia. W dniu zabiegu pacjent może przyjąć wszystkie leki, którymi aktualnie jest leczony z powodu chorób współistniejących. Pacjent powinien zapewnić sobie opiekę osoby trzeciej w dobie pooperacyjnej.

Przeprowadzenie zabiegu: Zabieg wewnątrzżylny przeprowadzany jest w sterylnych warunkach przy zastosowaniu jednorazowego sprzętu i prowadzony jest pod kontrolą ultrasonografii. Najpierw wykonujemy przezskórne nakłucie żyły igłą i wprowadzenie włókna do światła żyły powierzchownej. Skóra przed nakłuciem zostaje znieczulona i czasem wymaga nacięcia, samo wprowadzenie włókna jest bezbolesne. Następnie wykonujemy znieczulenie tumescencyjne podając w drodze nakłuć płyn znieczulający do obszaru wokół leczonej żyły. Płyn znieczulający to 0,1% roztwór lidokainy buforowany dwuwęglanem sodu. Powoduje to zarówno znieczulenie, jak i obkurczenie się żyły na włóknie, co zapewnia lepszy kontakt włókna ze ścianą leczonej żyły. Następnie wycofując włókno dokonuje się przy użyciu energii cieplnej zamknięcia światła żyły. Nadmiar energii pochłaniany jest przez płyn znieczulający. Po zabiegu na miejsce zamknięcia zakłada się opatrunek a na operowaną kończynę pończochę uciskową. Pacjent opuszcza ośrodek bezpośrednio po zabiegu.

Lekarz wyjaśnił mi korzyści z zastosowania zabiegu wewnątrzżylnego. Zabieg jest małoinwazyjny, przeprowadzony jest w znieczuleniu miejscowym przy zastosowaniu niezbędnej ilości leku znieczulającego. Praktycznie nie ogranicza codziennej aktywności życiowej. Po zabiegu nastąpi poprawa lub ustąpienie objawów niewydolności żylnej. W zależności od stopnia zaawansowania choroby może dojść do ustąpienia lub zmniejszenia dolegliwości bólowych, zmniejszenia obrzęków, zmniejszenia lub zaniku żylaków, zmniejszenia nasilenia zmian skórnych, wyleczenia owrzodzenia żylnego. Leczenie żylaków kończyn dolnych zapobiega rozwojowi przewlekłej niewydolności żylnej, w tym najbardziej zaawansowanemu stadium jakim jest owrzodzenie żylne goleni. Lekarz przedstawił mi różnice pomiędzy różnymi metodami leczenia mojej choroby i podkreślił, że zabiegi wewnątrzżylne cechują się wysoką skutecznością leczenia oraz charakteryzują się mniejszą liczbą powikłań w stosunku do tradycyjnej chirurgii. Lekarz wyjaśnił mi również, że jeśli nie zdecyduję się na leczenie, choroba może postępować, może dojść do nasilenia dolegliwości i objawów. Rezygnacja z leczenia żylaków kończyn dolnych może doprowadzić do rozwoju przewlekłej niewydolności żylnej. Obecność żylaków sprzyja także powstawaniu zakrzepicy żylnej.

Postępowanie po zabiegu wewnątrzżylnym. W okresie pooperacyjnym zalecamy:

- stosowanie pończochy uciskowej o II stopniu ucisku bez przerwy przez 48 godzin a następnie w ciągu dnia przez 4 tygodnie,
- stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej pod postacią iniekcji podskórnych heparyn drobnocząsteczkowych w dawce profilaktycznej przez 7-10 dni,
- kontrolę po 1-2 tygodniach, podczas kontroli wykonujemy badanie USG Doppler w celu oceny skuteczności zabiegu i podjęcia ewentualnej decyzji o rozszerzeniu leczenia.
- Pacjent w okresie pooperacyjnym ma zapewniony telefoniczny kontakt z lekarzem.
- Pacjent po zabiegu najczęściej nie odczuwa istotnych dolegliwości bólowych, a w miejscu nakłucia/nacięcia może pozostać niewielka blizna, żyła włóknieje a żyłaki ulegają zanikowi w okresie od 3 do 6 miesięcy. Czasami, jeżeli żyłaki nie zanikną lub zmniejszą się w stopniu niezadowalającym, leczenie należy rozszerzyć, wtedy najczęściej wykonuje się skleroterapię piankową.

Opcje leczenia: Lekarz przedstawił mi różnice pomiędzy różnymi metodami leczenia mojej choroby i podkreślił, że zabiegi wewnątrzżylnie cechują się najwyższą skutecznością leczenia oraz charakteryzują się mniejszą liczbą powikłań w stosunku do tradycyjnej chirurgii. Lekarz wyjaśnił mi również, że jeśli nie zdecyduję się na leczenie, choroba może postępować, może dojść do nasilenia dolegliwości i objawów. Rezygnacja z leczenia żyłaków kończyn dolnych może doprowadzić do rozwoju przewlekłej niewydolności żyłnej. Obecność żyłaków sprzyja także powstawaniu zakrzepicy żyłnej.

IV. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Zostałem również poinformowany o możliwych powikłaniach tej procedury. Powikłania, które zdarzają się najczęściej to dolegliwości bólowe, podbiegnięcia krwawe, wybroczyny, krwiaki, stwardnienie w przebiegu leczonej żyły, miejscowy obrzęk, poszerzenie drobnych naczyń żylnych w okolicy leczonej żyły. Poważniejsze powikłania zdarzają się rzadziej, są to: zakrzepica żyłaków, parastezje, uszkodzenia nerwów, przebarwienia, oparzenia skóry, zakrzepica żył głębokich. Powikłania te najczęściej ustępują samoistnie, mogą wymagać zastosowania leków przeciwbólowych lub maści zawierających niesterydowe leki przeciwzapalne. Bardzo rzadko występują powikłania poważne, do których zaliczamy proksymalną zakrzepicę żył głębokich oraz zator tętnicy płucnej. Odsetek tych powikłań nie przekracza 1% a leczenie wymaga hospitalizacji. Specyficzną dla omawianych zabiegów formą zakrzepicy żyłnej jest zakrzepica okolicy ujścia operowanej żyły wywołana energią cieplną (EHIT-Endovenous Heat Induced Thrombosis). W zależności od stopnia nasilenia wymaga obserwacji, leczenia zachowawczego lub hospitalizacji. Powikłania także mogą wynikać z reakcji na lek użyty do znieczulenia-

lidokainy. Objawy niepożądane działania lidokainy to najczęściej parestezje i drętwienia wokół ust oraz w obrębie rąk, zwolnienie mowy, niepokój, euforia, senność, uczucie lęku, zaburzenia pamięci, rzadziej występują nudności, wymioty, drżenia mięśniowe, zaburzenia świadomości, w przypadku przedawkowania bradykardia, dekompensacja krążenia, omdlenie a w skrajnie ciężkich przypadkach zatrzymanie czynności serca. Reakcje alergiczne po zastosowaniu lidokainy występują niezwykle rzadko i zwykle mają charakter zmian skórnych, pokrzywki, obrzęków, objawów anafilaktycznych. Aby zapobiec wystąpieniu opisanych objawów stosuje się stężenia 0,1% lidokainy i podajemy minimalną wymaganą ilość leku pod kontrolą USG w bezpośrednie otoczenie leczonej żyły. Rzadko zdarza się, że zastosowane leczenie nie doprowadzi do zamknięcia żyły lub po pewnym czasie dojdzie do jej ponownego udrożnienia (rekanalizacji). Decyzję o dalszym postępowaniu podejmujemy po indywidualnej i szczegółowej analizie.

Jestem świadomy, że wykonanie zabiegu nie gwarantuje trwałego wyleczenia. Proponowany zabieg nie jest przyczynowym leczeniem niewydolności żyłnej, ponieważ jej objawy mogą wystąpić w różnych żyłach w różnym okresie czasu. Dlatego po operacji mogą znowu pojawić się żylaki kończyn dolnych wywołane przez niewydolność innych żył, obecnie zdrowych. Lekarz zapewnił także, że dołoży starań, by uniknąć powikłań, ale że nie ma możliwości całkowitego uchronienia mnie od potencjalnych powikłań.

V. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego lekarz może stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu. Lekarz poinformował mnie o takiej możliwości.

VI. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, metod leczniczych, dających się przewidzieć następstw i powikłań związanych z tym zabiegiem. Uważam, że mam odpowiednią wiedzę, na której mogę opierać wyrażenie świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu zamknięcia **OBU ŻYŁ ODPISZCZELOWYCH** przy użyciu termicznej ablacji żył indukowanej prądem o częstotliwości fal radiowych. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć/wideo do wykorzystania w zakresie dalszego mojego leczenia, jak również do celów naukowych lub edukacyjnych. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu wewnątrżylowego zamknięcia żyły: W czasie zabiegu operacyjnego lekarz może stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą

wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu. Niniejszym wyrażam zgodę na powyższe działania, o ile będą one konieczne i niezbędne do osiągnięcia celu zdrowotnego założonego przy przystępowaniu do wykonania operacji lub ratowania mojego życia.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta/pacjentki

.....

Data i podpis lekarza

.....

MEDPHARMA ZOZ S.A.
Al. Jana Pawła II 5a
83-200 Starogard Gdański
NIP 592 18 54 774

**CENTRUM REHABILITACYJNO-
LECZNICZE MEDPHARMA**
ul. Leśna 1a, Nowa Wieś Rzeczna
83-200 Starogard Gdański

FILIA POLPHARMA
ul. Pelplińska 19
83-200 Starogard Gdański

FILIA BOBOWO
ul. Gdańska 11
83-212 Bobowo

FILIA KALISKA
ul. Nowowiejska 5
83-260 Kaliska

FILIA OSIECZNA
ul. Dworcowa 6
83-242 Osieczna