



**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE :**  
**Założenie, usunięcie lub repozycja samorozprężalnej protezy przełykowej**  
**- STENT PRZEŁYKOWY**

**Nazwisko i imię:** ..... \*

**PESEL:** ..... \*

**Został u Pani/Pana rozpoznany** ..... \*

**I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody :**

Imię i nazwisko Pacjenta ..... \*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

**II. Nazwa procedury medycznej :**

Założenie, usunięcie lub repozycja samorozprężalnej protezy przełykowej

**III. Wskazania do wykonania procedury medycznej :**

Wskazaniem do wykonania procedury endoskopowego protezowania przełyku są patologiczne zwężenia utrudniające przechodzenie pokarmów przez przełyk.

Takie zwężenia występują najczęściej w przebiegu guzów nowotworowych przełyku lub wpustu (czyli połączenia przełyku z żołądkiem), guzów śródpiersia i oskrzeli, zwężeń po radioterapii i innych oparzeń przełyku.

Innym wskazaniem do protezowania przełyku są nieszczelności wykonanych z przełykiem zespożeń chirurgicznych, czyli powikłania operacji w zakresie żołądka i przełyku.

**IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej :**

Zabieg protezowania przełyku wykonuje się w znieczuleniu ogólnym prowadzonym przez lekarza anestezjologa.

Przy użyciu gastrokopu i pod kontrolą obrazu radiologicznego przez zwężenie lub zespolenie wprowadza się metalową samorozprężalną protezę, przez którą po zabiegu będzie mógł przechodzić połykany pokarm. Proteza – stent, czyli rozprężająca się rurka wykonana z metalowej siatki. W zależności od wskazań do wykonania zabiegu wprowadzona proteza może być powleczone specjalnym materiałem (co umożliwia jej późniejsze usunięcie) lub nie. O rodzaju zastosowanej protezy zdecyduje lekarz wykonujący zabieg.

Podczas zabiegu protezowania przełyku zwykle używane jest promieniowanie rentgenowskie. Stosowane procedury radiologicznej ochrony pacjenta minimalizują otrzymywane dawki promieniowania.

Reakcje uczuleniowe na leki stosowane w znieczuleniu ogólnym, antybiotyki, środek kontrastowy są bardzo rzadkie.

Po umieszczeniu protezy ulega ona rozprężeniu powodując poszerzenie zwężonego odcinka przełyku. Kontrola endoskopowa prawidłowego umieszczenia protezy i ewentualna repozycja kończy procedurę.

Usunięcie protezy wykonuje się gastroskopem i za pomocą kleszczyków wyjmuje się protezę za specjalną pętlę powodującą zwężenie protezy podczas manewru usunięcia.

Podobnie jest w przypadku repozycji czyli zmiany położenia protezy.

## **V. Opis innych dostępnych metod leczenia**

Aby uzyskać dostęp do przewodu pokarmowego i żywienia pacjenta wykonuje się alternatywnie przezskórną endoskopową gastrostomię odżywczą.

Inne procedury poszerzenia światła przełyku są mniej skuteczne i rzadziej wykonywane: elektrokoagulacja, terapia laserowa lub koagulacja argonowa.

## **VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną**

Powikłania występują rzadko i należą do nich:

- perforacja przełyku, która występuje sporadycznie
- krwawienie - leczone endoskopowo i zachowawczo
- przerośnięcie metalowej siatki przez guz nowotworowy, o ile nie jest to proteza powlekana.
- w przypadku protezowania zwężeń nowotworowych może dochodzić do nawrotu zwężenia
- gorączka - zwykle ustępująca po antybiotykoterapii
- ból zamostkowy, który jest przemijający i ustępuje po lekach przeciwbólowych (1-2% chorych może dotyczyć ciężki ból, który czasem wymaga usunięcia protezy)
- refluks żołądkowo-przełykowy, czyli powracanie treści z żołądka do przełyku.
- przemieszczenie protezy (dotyczy 5 -15% chorych i wymaga usunięcia protezy oraz założenia nowej). W przypadku braku możliwości usunięcia przemieszczonej protezy do żołądka może istnieć konieczność operacyjnego usunięcia protezy.

## **VII. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku z stanem zdrowia pacjenta**

U osób z licznymi chorobami współistniejącymi (przede wszystkim układu oddechowego i układu krążenia) mogą wystąpić powikłania w postaci zaostrzenia tych schorzeń.

## **VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanej metody leczenia**

Opisana metoda pozwala na przyjmowanie pokarmów płynnych w sposób naturalny zwiększając komfort oraz poprawiając stan odżywienia pacjenta. Uniemożliwienie prawidłowego odżywienia chorego prowadzi do spadku wagi ciała, niedoborów składników odżywczych i wyniszczenia organizmu z niedożywienia.

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

### Oświadczam, że:

- W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacji dodatkowej oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem;
- Zapoznałem się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem poinformowany/na o proponowanym rodzaju leczenia i alternatywnych możliwościach leczenia.
- Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje oczekiwania co do informacji na temat proponowanego sposobu leczenia, dających się przewidzieć następstwach jego zastosowania, ryzyku i możliwych powikłaniach; zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący mnie;
- Podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem / ła istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań i przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta .....\*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

### Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że

**WYRAŻAM DOBROWOLNIE ZGODĘ** na zastosowanie proponowanej metody leczenia lub przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej\*

Data i podpis pacjenta .....\*

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na zastosowanie proponowanej metody leczenia/przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej. Zostałem/am poinformowany/ao możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.\*

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego .....

Zgoda Sądu .....

## OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłam(em) pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłam informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....\*

Data, podpis i pieczęć lekarza