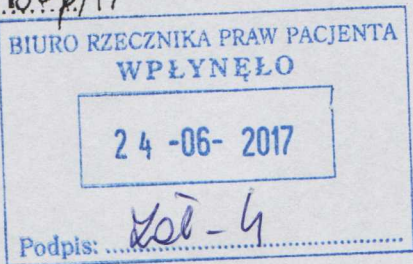




Katowice dnia 26.06.2017r.

L.dz./ZW/DP/DK/1806/17



Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
Wydział Prawny
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa

Dotyczy: RzPP-WPR.431.716.2017

Dyrektor

mgr inż.
Marian Kreis

ul. Medyków 16
40-752 Katowice

SEKRETARIAT
tel. (32) 207 15 00
fax: 32 207 15 46

sekretariat@gczd.katowice.pl
www.gczd.katowice.pl

Odnosząc się do treści pisma z dnia 23.06.2017r., uprzejmie informujemy, że dotychczas w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II (zwanym dalej „GCZD”) podczas zabiegu punkcji lędźwiowej oraz zabiegu biopsji szpiku u dzieci stosowaliśmy znieczulenie miejscowe z płytką sedacją, które w ocenie personelu medycznego było wystarczające. Jeśli dziecko prezentowało wysoki poziom lęku, wykonywane było wówczas znieczulenie ogólne. W odniesieniu do pytań przedłożonych w ww. piśmie, informujemy, jak niżej.

1. Zasady postępowania personelu medycznego podczas zabiegu punkcji lędźwiowej oraz zabiegu biopsji szpiku u dzieci.

W GCZD nie ma ograniczeń w odniesieniu do obecności przedstawiciela ustawowego przy dziecku podczas ww. zabiegów. Przedstawiciel ustawowy przed zabiegiem otrzymuje pełną informację o tym, na czym będzie polegał zabieg i czy jest zdecydowany w nim uczestniczyć. Zdarzają się przypadki odmowy uczestnictwa w takim zabiegu ze strony przedstawiciela ustawowego. W kwestii przytrzymywania pacjenta w trakcie zabiegu sytuacja taka ma miejsce zwłaszcza przy zabiegu punkcji lędźwiowej, kiedy dziecko musi być przytrzymywane przez personel medyczny z uwagi na pozycję, w jakiej ten zabieg jest wykonywany.

2. Łagodzenie bólu u dzieci podczas zabiegu punkcji lędźwiowej oraz zabiegu biopsji szpiku u dzieci.

Wszystkie dzieci są sedowane (morfina + dormicum), a mniejsze i bardziej niespokojne dzieci mają wykonywane znieczulenie ogólne. Dodatkowo w miejscu wkłucia wykonywane jest znieczulenie miejscowe. Zabiegi trepanobiopsji szpiku kostnego w każdym przypadku wykonywane są w znieczuleniu ogólnym.

3. Zasady wyboru stosowanego w GCZD znieczulenia podczas zabiegu punkcji lędźwiowej oraz zabiegu biopsji szpiku u dzieci.

W przypadku prezentowania przez dziecko wysokiego poziomu lęku, zabiegi wykonywane są w znieczuleniu ogólnym. Dodatkowo bierze się pod uwagę informacje przekazane przez przedstawiciela ustawowego dziecka, wynikające m.in. z poprzednich doświadczeń przy wykonywaniu tego rodzaju zabiegów lub uprzedzenia rodziców odnośnie znieczulenia ogólnego. Brane pod uwagę są również uwagi samych pacjentów. Dokonując wyboru znieczulenia do zabiegu punkcji lędźwiowej oraz biopsji

CERTYFIKATY
JAKOŚCI:



RPW/12169/2017 P
Data: 2017-06-26

SCP/5854/2017
ID: 01170300089974

STR. 1

26 CZER 2017 12:07

NR FAKSU : 48322071546

OD : GCZD KATOWICE



szpiku - miejscowego połączonego z dożylnym podaniem preparatów o silnym działaniu przeciwbólowym i uspokajającym, kierowaliśmy się bezpieczeństwem pacjentów, gdyż znieczulenie ogólne związane jest z ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia, a dotychczasowe znieczulenie w naszej ocenie było wystarczające. Nie docierały dotychczas do Dyrekcji GCZD, Kierownika Oddziału czy lekarzy prowadzących żadne uwagi rodziców na temat niewystarczalności stosowanego znieczulenia.

Należy podkreślić, że nie wszyscy rodzice wyrażają zgodę na przeprowadzenie ww. zabiegów w znieczuleniu ogólnym.

4. Działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowanie skuteczności tego leczenia podczas zabiegu punkcji lędźwiowej i zabiegu biopsji szpiku u dzieci.

Dotychczas stosowane znieczulenie (miejscowe + systemowe) podczas zabiegu punkcji lędźwiowej oraz zabiegu biopsji szpiku u dzieci było wystarczające. W związku z powyższym nie było potrzeby wprowadzenia działań dotyczących określenia stopnia natężenia bólu, jego leczenia oraz monitorowania skuteczności tego leczenia. W naszej ocenie i ocenie rodziców pacjentów GCZD ból w trakcie ww. zabiegów nie występuje.

5. W 2017 roku wykonano ogólnie:

- a. znieczuleń ogólnych podczas zabiegów punkcji lędźwiowej u dzieci
 - w miesiącu maju i czerwcu - 11
- b. znieczuleń miejscowych z sedacją podczas zabiegów punkcji lędźwiowej u dzieci
 - w miesiącu maju i czerwcu - 22
- c. znieczuleń ogólnych podczas biopsji szpiku u dzieci
 - w miesiącu maju i czerwcu - 5
- d. znieczuleń miejscowych z sedacją podczas biopsji szpiku u dzieci
 - w miesiącu maju i czerwcu - 14
- e. znieczuleń ogólnych podczas trepanobiopsji
 - w miesiącu maju i czerwcu - 6

Dodatkowo w załączeniu przekazujemy kserokopię obowiązujących w GCZD wewnętrznych regulacji dotyczących podstawowych informacji o zabiegu biopsji szpiku oraz zabiegu punkcji lędźwiowej u dzieci, wzór „Karty postępowania przeciwbólowego i zleceń lekarskich” oraz wzór „Anestezjologicznej karty badania pacjenta”.

Z poważaniem

DYREKTOR

Marian Kreis

Załączniki:

1. ŚWIADOMA ZGODA RODZICA /OPIEKUNA NA ZABIEG BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU/BADANIU.
2. ŚWIADOMA ZGODA RODZICA /OPIEKUNA NA ZABIEG PUNKCJI LĘDŹWIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokałatowym podaniem cytostatyku PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU/BADANIU.
3. KARTA POSTĘPOWANIA PRZECIWBÓLOWEGO I ZLECEŃ LEKARSKICH
4. ANESTEZJOLOGICZNA KARTA BADANIA PACJENTA.

STR. 2

Świadczenia Medyczne w Zakładzie Poliklinicznym w Warszawie, ul. Chałubińskiego 11, 00-620 Warszawa, tel. 22 62 12 14 49, fax 22 62 12 14 48, www.wspolnosc.pl

WYDANIE: 1 Strona 1 z 4

SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA ZABIEG BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO

POSTAWIENIE INFORMACJE O ZABIEGU/BADANIU

F. 201 - DMP
Otwieranie od: 23.04.2014

ETykiETA

IMIĘ: _____ NR HIST. CHOROBY: _____

NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____ PESEL: _____

ADRES: _____

Drogi Rodzice / Opiekunowie!

W związku z postawionym rozpoznaniem klinicznym / lub w celu jego potwierdzenia bądź wykluczenia zaleca się wykonanie u Państwa dziecka zabiegu / badania: **BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO**.

Przedstawione w niniejszym dokumencie informacje pomogą Państwu przygotować się do rozmowy z lekarzem na temat w/w zabiegu / badania. Informacje przekazane w niniejszym dokumencie oraz wyjaśnienie lekarza są niezbędne do podjęcia przez Państwa świadomej zgody na wykonanie **BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO** u Państwa dziecka lub świadomej rezygnacji z tego zabiegu / badania.

ZAKŁAD WYKONUJE ZABIEG I BADANIE

Celem zabiegu jest uzyskanie szpiku kostnego do dalszej analizy laboratoryjnej, w tym mikroskopowej. Badanie szpiku kostnego jest niezbędne w diagnostyce schorzeń nowotworowych układu krwiotwórczego (białaczek, zespołów mielodysplastycznych), niektórych niedokrwistości, zaniku szpiku kostnego, a także pomocniczo w ocenie zajęcia szpiku kostnego w guzach litych. Biopsja szpiku pozwala również na ocenę odpowiedzi na leczenie wymienionych schorzeń, szczególnie konieczna w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie ostrych i przewlekłych białaczek.

OPIS ZABIEGU I BADANIA

Szpic kostny uzyskiwany jest z kołobów biodrowych (przedniego lub tylnego), wyrostków kołczastych kręgów lędźwiowych a u niemowląt z okolicy guzowatości kości piszczelowej (okolica kolana), możliwa jest biopsja miednicy, ale u dzieci ta okolica jest z powodów bezpieczeństwa zabiegu pomijana. Dziecko do zabiegu musi być na czczo. Zabieg odbywa się w znieczuleniu, tzw. płytkiej sedacji, co oznacza, że dziecko ma zredukowany ból i lęk, ale nie jest głęboko uspięne. Podawane dożylnie leki to morfinę i domiakum, z kolei 1 godzinę przed zabiegiem zakładane jest znieczulenie miejscowe (zł EMLA). Taka procedura przygotowania do zabiegu jest wystarczająca i stosowana jest powszechnie w ośrodkach kardiologii i hematologii dziecięcej.

DOBRAĆ SIĘ DO ZABIEGU

po pobraniu szpiku kostnego używane są specjalnie do tego przeznaczone igły jednorazowe, po zakończeniu zabiegu następuje wprowadzenie igły do kości i zaaspirowanie szpiku (0,1-4 ml szpicu kostnego od rozległości diagnostyki). Po zabiegu dziecko po ok. 1 godzinie może przyjmować posiłki. Wykonanie zabiegu dokonuje lekarz lub oddziału, wynik badania szpiku otrzymacie Państwo w tym samym dniu, najczęściej zranie jest po 2-3 godzinach.

WYDANIE: 1 Strona 2 z 4

SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA ZABIEG BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO

POSTAWIENIE INFORMACJE O ZABIEGU/BADANIU

F. 201 - DMP
Otwieranie od: 23.04.2014

ZAKŁAD WYKONUJE ZABIEG I BADANIE

Ryzyko powikłań nie jest duże, niemniej jednak może być m.in. związane jest ze stosowanym znieczuleniem, gdyż leki uspokajające mogą spowodować zaburzenia oddychania. Jesteśmy na to przygotowani, w pokoju zabiegowym jest zabezpieczony dostęp do tlenu i zestaw reanimacyjny. U dzieci z zaburzeniami krzepnięć istnieje ryzyko krwawienia z miejsca po biopsji, choć pacjent ma przed zabiegiem kontrolowaną i w przypadku konieczności korygowaną krzepnięć krwi.

ZAKŁAD WYKONUJE ZABIEG I BADANIE

Nie ma alternatywnych metod diagnostycznych w stosunku do biopsji szpiku kostnego.

ZAKŁAD WYKONUJE ZABIEG I BADANIE

Brak zgody na wykonanie biopsji szpiku kostnego skutkuje brakiem możliwości postawienia diagnozy, m.in. rozpoznania i określenia typu ostrej białaczki, w konsekwencji brak możliwości wdrożenia właściwego leczenia.

ZAKŁAD WYKONUJE ZABIEG I BADANIE

Proszę wypełnić w tym miejscu wszelkie pytania, wątpliwości czy inne kwestie, na które życzyliście sobie Państwo uzyskać odpowiedź od lekarza.

Wzrostki i badania histopatologiczne: Zakład Histopatologii, ul. Chałubińskiego 11, 00-620 Warszawa, tel. 22 62 12 14 49, fax 22 62 12 14 48, www.wspolnosc.pl

SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNKA NA ZABIEG BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO
PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

WYDANIE: 1
 Strona 4 z 4

F. 201 - DMP
 Obowiązuje od: 23.04.2014

liczba KO zamierzająca w umowie 2, 3 x 25 zł oraz 11 x 10 zł w całości kodu rekrutacyjnego

Imię i nazwisko lekarza udzielającego mi informacji:

Oświadczam, że moje dziecko:
 mimo ukończenia 16 roku życia nie jest zdolne do wyrażenia świadomej zgody na wykonanie biopsji szpiku kostnego ponieważ:
 tym samym świadoma zgoda wyrażona przeze mnie jest zgodą skłuczną i oświadczam, iż nie będę zgłaszać żadnych roszczeń z tytułu braku świadomej zgody wyrażonej przez moje dziecko mimo ukończenia 16 roku życia.

Ja niżej podpisana(y)

zamieszkała(y)
(imię i nazwisko)

będąc opiekunem prawnym dziecka
(cofnięty adres)

(podopiecznego)
(imię i nazwisko dziecka)

W oparciu o wszystkie powyższe treści i przeprowadzoną : lekarzem roznomów wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu biopsji szpiku kostnego, pobranie szpiku kostnego i wykonanie niezbędnych, zleconych przez lekarza badań.

Podpis Rodzica / opiekuna
 Podpis dziecka (ukończony 16 r.)


SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNKA NA ZABIEG BIOPSJI SZPIKU KOSTNEGO
PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

WYDANIE: 1
 Strona 3 z 4

F. 201 - DMP
 Obowiązuje od: 23.04.2014

Proszę dokładnie przeczytać i w rubryce napisać TAK lub NIE, jeśli pacjent ma skończony 16 lat, w rubryce nr 2 zaznacza oprócz opiekuna / rodzica również pacjent. Jeżeli pacjent mimo ukończonych 16 lat nie jest w stanie wypełnić niniejszego oświadczenia, rodzic / opiekun prawny opisuje dlaczego tak jest w rubryce na końcu tabeli, a potwierdza tę informację lekarz własnoręcznie podpisem i pieczęcią.

	-1-	-2-
1	Ja, niżej podpisany niniejszym oświadczam, iż: <u>.....</u>	
2	<u>.....</u>	
3	<u>.....</u>	
4	<u>.....</u>	
5	<u>.....</u>	
6	<u>.....</u>	
7	<u>.....</u>	
8	<u>.....</u>	
9	<u>.....</u>	
10	<u>.....</u>	
11	<u>.....</u>	

		Szpitalny Zakład Hematologii i Hematologii Badawczej ul. Sienkiewicza 11, 01-032 Warszawa, tel. 22 620 10 00, 22 620 10 01, 22 620 10 02 e-mail: szpital@poczta.onet.pl, szpital@poczta.onet.pl, szpital@poczta.onet.pl	
WYDANIE: I Strona 1 z 4		ŚWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA ZABIEG PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dobowym podaniem cyostatylu PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU	
F. 207 - DMP Obowiązuje od: 23.04.2014		L. 100, 100, 100	

CZĘŚĆ 3: CEL ZABIEGU / BADANIA - PO CO SIE JE WYKONUJE? Co ma nam BADAНИЕ (ZABIEG) przynieść?

Celem zabiegu jest pobranie płynu płynu mózgowo-rdzeniowego (1-2ml) i jego zbadanie na obecność komórek nowotworowych, a także podanie leku (leku) cyostatycznego (chemicznego) do kanału kręgowego w ramach profilaktyki zajęcia ośrodkowego układu nerwowego przez komórki białaczkowe, co znacznie redukuje ryzyko wznowy lokalnej (tzw. wznowy oponowej białaczki), a w sytuacji zajęcia tych struktur przez komórki nowotworowe jest to działanie lecznicze.

CZĘŚĆ 4: MOŻLIWE POWIKLANIA I RYZYKO

Ryzyko zabiegu nie jest duże, niemniej jednak możliwe są powikłania wynikające z stosowanego znieczulenia, miejscowego działania jak i niepożądanego, lokalnego działania cyostatyków. Objawem niepożądanym podawanym środkom znieczulającym może być zaburzenie bądź zatrzymanie oddychania, które występuje rzadko, ale jest możliwe. Powikłaniem lokalnym jest możliwość krwawienia do kanału kręgowego. Istnieje możliwość wystąpienia tzw. zespołu popunkcyjnego, który objawia się utrzymującym się przez kilka dni bólem głowy, nudnościami i wymiotami. Dzieje się tak, jeśli pacjent po punkcji zbyt szybko porusza się, siad wymagane leżenie przez okres 6 godzin. Dokanalowe stosowanie leków cyostatycznych może spowodowanie miejscowe włóknienie i podrażnienie struktur kanałowych, co stanowi niewysokie ryzyko, stosowane są tylko wytypowane środki chemiczne o ryzyku najmniejszym.

CZĘŚĆ 5: ALTERNATYWNE ROZWAŻANIA, A TAKŻE WCH KRYZYSI I ZAGROŻENIA


W sytuacji braku akceptacji wykonania punkcji lędźwiowej pozostaje tylko chemioterapia systemowa (dożylna), co stanowi ograniczenie profilaktyki nawrotu

CZĘŚĆ 6: ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z NIE WYRZUCENIEM ZGODY NA ZABIEG / BADANIE

W przypadku odmowy wykonania zabiegu zostanie ograniczona diagnostyka w zakresie wykluczenia lokalizacji pozaszpitalowej ostrej białaczki, w tym przypadku wykluczenie bądź potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w płynie mózgowo-rdzeniowym, oraz wykluczona zostanie możliwość podjęcia profilaktyki lub leczenia miejscowego, co bezpośrednio może się przełożyć na ostateczny wynik leczenia.

CZĘŚĆ 7: PYTANIA RODZICA I OPIEKUNA

Proszę wpisać w tym miejscu wszelkie pytania, wątpliwości czy inne kwestie, na które życzy sobie Państwo uzyskać odpowiedzi od lekarza.

		Szpitalny Zakład Hematologii i Hematologii Badawczej ul. Sienkiewicza 11, 01-032 Warszawa, tel. 22 620 10 00, 22 620 10 01, 22 620 10 02 e-mail: szpital@poczta.onet.pl, szpital@poczta.onet.pl, szpital@poczta.onet.pl	
WYDANIE: I Strona 1 z 4		ŚWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA ZABIEG PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dobowym podaniem cyostatylu PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU	
F. 207 - DMP Obowiązuje od: 23.04.2014		L. 100, 100, 100	

ETYKIETA

IMIĘ: NR HIST CHOROBY:

NAZWISKO: PESEL:

DATA URODZENIA: ADRES:

Drodzcy Rodzice / Opiekunowie!

W związku z postawionym rozpoznaniem klinicznym istnieje potrzeba wykonania u Państwa dziecka zabiegu / badania: **PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ TERAPEUTYCZNEJ z dokanalowym podaniem cyostatylu (cyostatyków)**. Przedstawione w niniejszym dokumencie informacje pomogą Państwu przygotować się do rozmowy z lekarzem na temat w/w zabiegu, informacje przekazane w niniejszym dokumencie oraz wyjaśnienia lekarza są niezbędne do podjęcia przez Państwa świadomej zgody na wykonanie TERAPEUTYCZNEJ PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ u Państwa dziecka lub świadomej rezygnacji z tego zabiegu / badania.

UWAGA - WSZYSTKIE NINIEJSZE INFORMACJE PROSZĘ EARDZO UWAGNIE PRZECZYTAĆ ORAZ NA ICH PODSTAWIE PRZYGOTOWAĆ PYTANIA DLA LEKARZA.

CZĘŚĆ 1: INFORMACJE OGÓLNE

Zabieg, który chcemy przeprowadzić u Państwa dziecka wymaga zgody Prawnego Opiekuna oraz pacjenta w przypadku ukończenia 16 roku życia. Na podstawie obrazu klinicznego oraz dotychczas wykonanych badań dodatkowych oraz związku z rozpoznaniem choroby u Państwa dziecka istnieje potrzeba wykonania punkcji lędźwiowej i podanie drogą dokanalową cyostatylu / cyostatyków.

CZĘŚĆ 2: PRZEBIEG ZABIEGU

Przed przystąpieniem do zabiegu pacjent otrzymuje lokalnie (na okolicę lędźwiową) środek znieczulający pod postacią żelu (środek zakładany jest 1 godzinę przed zabiegiem), a bezpośrednio przed punkcją podawane są leki uspokajające i przeciwbólowe dożylnie. Przygotowanie takie nazywane płytką sedacją wyciszy dziecko i spowoduje zmiesienie bądź ograniczenie leku. Zabieg polega na wprowadzeniu jednorazowej igły punkcyjnej do kanału kręgowego w okolicy lędźwiowej, pobranie płynu do dalszej analizy i podaniu rozwirowu cyostatylu do kanału. Dziecko do zabiegu układane jest w pozycji na boku, z podkurczonymi nogami przyciętą głową, tak aby kręgosłup został wygięty w łuk, tak aby wyczuwalna była przestrzeń międzykręgową, przez którą wprowadzana jest igła.

WYDANIE: I
Strona 3 z 4

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

CZĘŚĆ 3 - OŚWIADCZENIE - SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA RAWNEGO

Proszę dokladnie przeczytać i w rubryce napisać „TAK” lub „NIE”, jeśli pacjent ma skończzone 16 lat, w rubryce nr 2 zaznacza oprócz opiekuna / rodzica rwnie: pacjent. Jeżeli pacjent mimo ukończonych 13 lat nie jest w stanie wypelnić niniejszego oświadczenia, rodzic / opiekun prawny opisuje dlaczego tak jest w rubryce na koncu tabeli, a potwierdza tę informację lekarz własnoręcznie podpisem i pieczęcią.

	-1-	-2-
Ja, niżej podpisany niniejszym oświadczam, iż:		
1	Zostalem /am dokladnie poinformowany/a o esztwności, znaczeniu i skutkach wykonania punkcji lezdziiowej z podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych (o jego sposobie, miejscu i przebiegu), zgodnie z załącznikami, oraz o skutkach podjęcia zabiegów.	
2	Podczas wizyty zostałem /am szczegolowo poinformowany /na o możliwych zagrożeniach, ryzyku i powikłaniach związanych z wykonaniem terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw. Zostalem /am poinformowany/a także, że nie dā się zagwarantować 100% sukcesu zabiegu / badania i pacjent może wyneść kolejnych prób wykonania zabiegu.	
3	W razie wątpliwości mojemu /am zadano pytania dotyczące zabiegu, trybu życia, miejsca punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw, zakresu i skutków zabiegu, przebiegu, powikłani i na temat alternatywnych możliwości. Na żądanie, pytania i przedstawiłem /am wszystkie dostępne informacje, w tym w szczególności o skutkach podjęcia zabiegu / badania i o skutkach podjęcia zabiegów.	
4	Wyrażam zgodę na wyrażenie przez lekarza /am wszelkie dane i dane / mojego dziecka w trakcie wizyty, uczulenie i alergię. Nie zalamam /am żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia i przelitych chorób i odpowiadalem /am lekarzowi /a zadawane pytania zgodnie z prawdą.	
5	Poinformowane /am o konieczności podpisanie przez siebie / mojego dziecka, rodzica / opiekuna, punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw i zgodził /am się /am na wykonanie zabiegu / badania w warunkach szpitalnych / ambulatoryjnych.	
6	Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu / badania w punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw w każdej chwili, co zostanie natychmiast odnotowane przez personel medyczny w dokumentacji i zdaje sobie sprawę z, oświadczenia jakie ta decyzja za sobą przynosi. Lekarz dokladnie mi objaśnił /am jakie konsekwencje niesie za sobą odmowa decyzja, co do wykonania u mnie / mojego dziecka terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw co zrozumieliem /am i czuję się /am świadomy /a.	
7	Niniejszym wyrażam swiadomą zgodę na przeprowadzenie punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw i badania wyrażam swiadomą zgodę na wykonanie zabiegu / badania w punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw.	
8	Jestem /am świadomy /a, że może zasnieć /am podczas wykonania terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw u mnie / u mojego dziecka z zastosowaniem znieczulenia, na co niniejszym wyrażam zgodę.	
9	Potwierdzam, że miałem /am możliwość przeczytania /am i zrozumienia zawartej w niniejszym oświadczeniu informacji i zrozumiałem /am ją.	
10		

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

WYDANIE: I
Strona 4 z 4

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

CZĘŚĆ 3 - OŚWIADCZENIE - SWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA RAWNEGO

Proszę dokladnie przeczytać i w rubryce napisać „TAK” lub „NIE”, jeśli pacjent ma skończzone 16 lat, w rubryce nr 2 zaznacza oprócz opiekuna / rodzica rwnie: pacjent. Jeżeli pacjent mimo ukończonych 13 lat nie jest w stanie wypelnić niniejszego oświadczenia, rodzic / opiekun prawny opisuje dlaczego tak jest w rubryce na koncu tabeli, a potwierdza tę informację lekarz własnoręcznie podpisem i pieczęcią.

	-1-	-2-
Ja, niżej podpisany niniejszym oświadczam, iż:		
1	Zostalem /am dokladnie poinformowany/a o esztwności, znaczeniu i skutkach wykonania punkcji lezdziiowej z podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych (o jego sposobie, miejscu i przebiegu), zgodnie z załącznikami, oraz o skutkach podjęcia zabiegów.	
2	Podczas wizyty zostałem /am szczegolowo poinformowany /na o możliwych zagrożeniach, ryzyku i powikłaniach związanych z wykonaniem terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw. Zostalem /am poinformowany/a także, że nie dā się zagwarantować 100% sukcesu zabiegu / badania i pacjent może wyneść kolejnych prób wykonania zabiegu.	
3	W razie wątpliwości mojemu /am zadano pytania dotyczące zabiegu, trybu życia, miejsca punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw, zakresu i skutków zabiegu, przebiegu, powikłani i na temat alternatywnych możliwości. Na żądanie, pytania i przedstawiłem /am wszystkie dostępne informacje, w tym w szczególności o skutkach podjęcia zabiegu / badania i o skutkach podjęcia zabiegów.	
4	Wyrażam zgodę na wyrażenie przez lekarza /am wszelkie dane i dane / mojego dziecka w trakcie wizyty, uczulenie i alergię. Nie zalamam /am żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia i przelitych chorób i odpowiadalem /am lekarzowi /a zadawane pytania zgodnie z prawdą.	
5	Poinformowane /am o konieczności podpisanie przez siebie / mojego dziecka, rodzica / opiekuna, punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw i zgodził /am się /am na wykonanie zabiegu / badania w warunkach szpitalnych / ambulatoryjnych.	
6	Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu / badania w punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw w każdej chwili, co zostanie natychmiast odnotowane przez personel medyczny w dokumentacji i zdaje sobie sprawę z, oświadczenia jakie ta decyzja za sobą przynosi. Lekarz dokladnie mi objaśnił /am jakie konsekwencje niesie za sobą odmowa decyzja, co do wykonania u mnie / mojego dziecka terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw co zrozumieliem /am i czuję się /am świadomy /a.	
7	Niniejszym wyrażam swiadomą zgodę na przeprowadzenie punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw i badania wyrażam swiadomą zgodę na wykonanie zabiegu / badania w punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw.	
8	Jestem /am świadomy /a, że może zasnieć /am podczas wykonania terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw u mnie / u mojego dziecka z zastosowaniem znieczulenia, na co niniejszym wyrażam zgodę.	
9	Potwierdzam, że miałem /am możliwość przeczytania /am i zrozumienia zawartej w niniejszym oświadczeniu informacji i zrozumiałem /am ją.	
10		

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

Strona 4 z 4

SWIADOMA ZGODA KODZIC/OPIEKUNA NA ZABIEG I PUNKCJI LEZDZIOWEJ - TERAPEUTYCZNEJ z dokanadwym podaniem cyostatykw w punkcjach lezdziiowych - TERAPUWOWE INFORMACJE O ZABIEGU / BADANIU

F. 207 - DMP
Obowiadzic od 23.04.2014

inimę i nazwisko lekarza udzielającego mi informacji:

Oswiadczam, że moje dziecko:
.....
Nierazko i linęz dziecko

mimo ukończzenia 16 roku życia nie jest zdolne do wyrażenia swiadomej zgody na wykonanie terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw /oraz/:

.....
tym samym swiadoma zgoda wyrażona przeze mnie jest zgodą skuteczną, prawnie i oświadczam, iż nie będę zgłaszać żadnych roszczeń z tytułu braku swiadomej zgody wyrażonej przez moje dziecko mimo ukończzenia 16 roku życia.

.....
Czytelny Podpis Rodzica / opiekuna

.....
Powiedzenie przez lekarza (Pieczęć i Podpis)

Ja niżej podpisałem(y)
.....
(imię i nazwisko)

zamieszkała(y)
.....
(adresy adres)

.....
będąc opiekunem prawnym dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

.....
W oparciu o wszystkie powyższe treści i przeprowadzoną z lekarzem rozmowę wyrażam swiadomą zgodę na wykonanie zabiegu terapeutycznej punkcji lezdziiowej z dokanadwym podaniem cyostatykw oraz wykonanie niezbędnych, zleconych przez lekarza czynności czy badań.

.....
Podpis Rodzica / opiekuna.....
Podpis dziecka (ukochany /a)

Niniejszy Dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr II Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Głównego Centrum Zdarzeń Inteloal, Im. Jana Pawła II. Kopiaowanie i rozpowszechnianie bez zezwolenia zabronione.

ETYKIETA

WYDANIE: 1
Strona 1 z 2

KARTA POSTĘPOWANIA PRZECIBÓLOWEGO I ZIĘCENIA LEKARSKICH

Samodzielny Pracownik Szpitala Rejonowy Nr 6 Szpitala Uniwersyteckiego Medycynę w Katowicach
Główny Kierownik Centrum Zespołu Diagnostyki i Leczenia w Jarni Pawli II
ul. 15 Stycznia 100, Katowice, 41-500, 0000
NIP: 694-73-66-580, REGON: 142115-000, KRS: 00000015580, V. 01.01.2014
* adres poczty elektronicznej: biuro@szpital15580.pl

15.01.2014
f.0. - ZPK - 14
Opracowane od 12.2014r.

ODDZIAŁ

Nazwisko i imię: PESEL:
 Rodzaj zabiegu: Rodzaj znieczulenia podczas zabiegu:
 MIP: Data:
 Nr ks. gł.:
 godzina:

Podano analgezję z wyprzedzeniem: nie tak (tak, godzina podana):

FARMAKOTERAPIA PO ZABIEGU - ZIĘCENIA LEKARSKIE

LEK	Nazwa	Dawka	Droga podania	Data	Godziny podania	Podpis i pieczęć lekarza
Paracetamol						
Metamizol						
Ketoprofen						
Inny NLPZ						
Morfina						
Tramadol						
Sufentanyl						
Oksykodon						
Nalbupina						
Inny opioid						

JESLI ZAŁOŻONO CEWNIK DO ANALGEZJI PRZEWODOWEJ CIĄGLI:

Analgeza zewnątrzoponowa/doustna/infuzyjna:

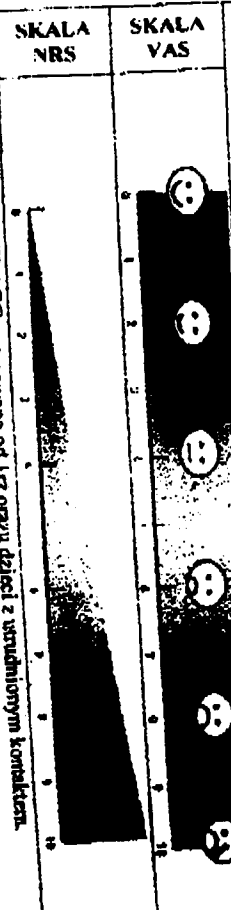
Od god.:

Proszę podać roztwór: przepływ:
 Podpis i pieczęć lekarza

ZNIECZULENIE

Rodzaj	podany	Przebieg	ciężkość
powierzchniowe			
nasłonek			
liczki i spłotów			
zewnątrzoponowe			
podopajęcznikowe			
średniopłucnowe			
przykręgowc			

SKALA VAS I NRS - skale stosowane u dzieci powyżej 7 roku życia. Określenie stopnia nasilenia bólu od 0 do 10, gdzie 0 oznacza zupełny brak bólu a 10 najcięższy wyobrażalny ból



SKALA PŁACC - stosowana od 17 roku życia z ustabilizowanym kontaktem.
 Suma pkt z kolumny oznacza stopień bólu (od 0 do 10)

KATEGORIA	0 PUNKTÓW	PUNKT	2 PUNKTY
Wyrz. twarzy	Bardzo lub szczególnie wyjątki twarzy lub umiarkowanie	Umiarkowanie, mierzwiła, trwałymi znakami, niezmienności	Ciepłe lub nie, grymas, dziurka bledka
Liażenie nóg	Swobodnie zrelaksowane	Wzrostki, przesłanie się do przodu, tyłu, napędy	Wygin się, sztywność, szarpnięcie się
Aktywność	Nie płacze	Placze, jęczy, łuli	Placze cały czas, lub krzyczy
Placz	Możliwość uspokojenia	Nykanie i zniechęcenie	Trudno uspokoić

SKALA SEDACJI

1. Spł. reaguje na dźwięk	2. Podsympa, reaguje na głos	3. Usypkowany, współpracujący	4. Nieuspokojony, wystraszony	5. Pobudzony, krzyczy, płacze
---------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------



Katowice, dnia:20.....r.

**ŚWIADOMA ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH
 NA ZNIECZULENIE DO ZABIEGU OPERACYJNEGO U DZIECKA**

zanowni Państwo

Niniejsza zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania rodziców / opiekunów prawnych dziecka o celowości, rodzajach, zabiegu, możliwych powikłaniach i typowych następstwach znieczulenia do zabiegu operacyjnego, które ma być wykonane u dziecka, poinformowaniu o alternatywnych rodzajach znieczulenia do operacji oraz w celu uzyskania świadomej zgody rodziców / opiekunów prawnych i wykonanie znieczulenia do operacji ich dziecka a w przypadku ukończenia przez małoletniego 16 roku życia stanowi również zgodę wnieogłą.

INFORMACJE

1. Przed zabiegiem operacyjnym lekarz anestezjolog przeprowadzi badanie dziecka oraz zapyta Państwa o przebyte choroby i inne problemy związane ze zdrowiem dziecka w celu zakwalifikowania go do operacji. Jest to procedura niezbędna i konieczna aby określić ewentualny zwiększony stopień ryzyka powikłań jakie zawsze towarzyszy znieczuleniu ogólnemu lub regionalnemu w odniesieniu do aktualnego stanu zdrowia dziecka i zostaniecie Państwo o tym poinformowani.
2. W wyznaczonym czasie przed rozpoczęciem operacji dziecku podaje się doustnie leki uspokajające dla zmniejszenia lęku w czasie odłączenia dziecka od rodziców / opiekunów prawnych i przejścia na salę operacyjną, a także dla łagodniejszego i łatwiejszego rozpoczęcia i przebiegu znieczulenia.
3. O rodzaju znieczulenia, możliwych powikłaniach oraz stopniu ryzyka występującego u danego dziecka lekarz anestezjolog Państwa poinformuje.
4. Zespół anestezjologiczny (lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna) będzie obecny w czasie operacji przy dziecku podając mu leki nasenne i przeciwbólowe tak, aby w tym czasie nie było ono świadome i nie odczuwało bólu.
5. Rolą lekarza anestezjologa w czasie znieczulenia jest również czuwanie nad prawidłowym oddychaniem, akcją serca, krążeniem krwi i pracą nerek. W tym celu wykonuje się za dziecko sztuczne oddychanie za pomocą aparatów, podaje się tlen, kroplówki dożylnie oraz przeprowadza się regularne pomiary tętna, ciśnienia krwi, stopnia jej utlenowania, wydzielania moczu oraz pomiary temperatury ciała itp.
6. Działanie środków znieczulenia ogólnego powodujące zanik czucia bólu oraz zniesienie świadomości nie jest wolne od występowania skutków ubocznych i działań niepożądanych, dlatego również z tego powodu w czasie zabiegu operacyjnego jest konieczna obecność zespołu anestezjologicznego, który stanowi lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna.
7. We wszystkich sytuacjach wątpliwych lekarz anestezjolog służy Państwu dodatkowymi informacjami i wyjaśnieniami w sytuacjach problemowych związanych ze znieczuleniem u danego dziecka.

I. OŚWIADCZENIE WOLI – ŚWIADOMA ZGODA

Po zapoznaniu się z podanymi wyżej problemami znieczulenia oświadczamy, że zostaliśmy w sposób dla nas jasny i zrozumiały poinformowani o celowości, przebiegu i rodzaju znieczulenia, które ma być zastosowane u naszego dziecka, możliwych zagrożeniach, powikłaniach oraz typowych następstwach znieczulenia do operacji i w pełni świadomie zgodzamy się na wykonanie zaproponowanego przez lekarza anestezjologa rodzaju znieczulenia u naszego dziecka, co potwierdzamy własnoręcznym podpisem. Rozumiemy, na czym polega znieczulenie, wyjaśniono nam przebieg znieczulenia. Mielśmy możliwość zadawania nurtujących nas pytań lekarzowi anestezjologowi i otrzymaliśmy wyczerpujące i satysfakcjonujące nas odpowiedzi. Oświadczamy, że podczas zbierania wywiadu na temat stanu zdrowia naszego dziecka ujawniliśmy lekarzowi wszystkie występujące u naszego dziecka schorzenia, dolegliwości, alergie i uczulenia oraz przekazaliśmy lekarzowi informacje na temat stosowanych u naszego dziecka leków, przebytych urazów i zabiegów zgodnie ze stanem faktycznym.

Zostaliśmy poinformowani, że może zaistnieć konieczność wykonania punkcji (nakłucia) lędźwiowego – dokałowego lub nadoponowego w celu wykonania znieczulenia miejscowego (regionalnego). Również w tym przypadku otrzymaliśmy niezbędne informacje na temat celu, przebiegu i możliwych powikłaniach nakłucia lędźwiowego i oświadczamy, że wyrażamy świadomą zgodę na jej wykonanie jeśli będzie taka konieczność i lekarz anestezjolog podejmie decyzję o słuszności jej wykonania.

Rozumiemy, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisujemy ten dokument dobrowolnie. Dodatkowo stwierdzamy, że posiadamy pełną zdolność do czynności prawnych i możemy podpisać powyższe oświadczenie jako odpowiednio poinformowani rodzice / opiekunowie prawni dziecka:

.....
 Nazwisko i imię dziecka
 Podpis matki dziecka / opiekunki prawnej: Podpis ojca dziecka / opiekuna prawnego:
 Podpis dziecka jeżeli ukończyło 16 r.z.:
 Podpis i pieczętka lekarza anestezjologa:



WYDANIE: I
 Strona 1 z 2

ANESTEZJOLOGICZNA KARTA BADANIA PACJENTA

Oddział:	Rozpoznanie kliniczne:	Telefon:	Data badania:
----------	------------------------	----------	---------------

Nazwisko i imię pacjenta:		Data urodzenia	
Płeć: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Masa ciała:	Wzrost:	PESEL
Masa urodzeniowa:		Alergie:	Alergia na leki:
Szczepienie WZW:	Aparat:	Zabieg nagły:	
		Zabieg planowy:	

Godzina spożycia i rodzaj ostatniego posiłku:	Przebyte choroby:	Zabieg przyspieszony:	Zabieg ze wskazań życiowych:
---	-------------------	-----------------------	------------------------------

Przebyte znieczulenia:	Powikłania:	Ostatnia dawka:
Ostatnie znieczulenie:		
Przyjmowane leki:		

Przytomne	Pogodny	Nos drożny	Gardło czerwone	Szmer skurczowy
Zamroczone	Spokojny	Nos niedrożny	Migdałki czyste	Szmer rozkurczowy
Reaguje na bodźce	Płaczliwy	Sapka	Migdałki ropne	Tętno serca czyste
Śpiączka	Pobudzony	Katar wodnisty		Tętno obwodowe
Opuk jawny	Furczenia	Katar śluzowy		Akcja serca
Słuchanie	Świsty	Katar ropny	Temperatura	RR
Szmer pęcherz.	Kaszel suchy	Krwawienie z nosa	Oddech	
Rzężenia	Kaszel mokry	Gardło różowe		/

Badania dodatkowe				UKŁAD KRZEPNIĘCIA	
KREW	MOCZ	JONOGRAM	PR. NERKOWE		
Leukocyty	CW	Na ⁺	Mocznik	APTT	
Erytrocyty	Białko	K ⁺	Kreatynina	INR	
Hemoglobina	Cukier	Cl	Glukoza	K-K	
Hematokryt	Leukocyty	Ca ⁺⁺	Białko	Protrombina	
Płytki krwi	Erytrocyty	P ⁻		Fibrynogen	

EKG	MIDAZOLAM	KWALIFIKACJA DO ZNIECZULENIA TAK <input type="checkbox"/> TAK (po zastosowaniu zaleceń) NIE <input type="checkbox"/>
RTG		

UWAGI I ZALECENIA	Pieczętka i podpis anestezjologa
-------------------	----------------------------------

Kopiętny Dokument jest własnością Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Górnolęski Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II).
 Kopiowanie i rozprowadzanie bez zezwolenia zabronione.