

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA WSTRZYKNIĘCIEM ETANOLU  
do guzka torbielowatego lub torbielowato - litego tarczycy.**

**IMIĘ I NAZWISKOPACJENTA :** .....

**NUMER HISTORII CHOROBY:** .....

**DATA URODZENIA:** .....

*(imię, nazwisko i nr PESEL na każdej stronie wypełnia pacjent)*

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:** .....

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA:**

**1. Rodzaj schorzenia i wskazania do leczenia wstrzyknięciem etanolu:**

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani:

.....

**2. Metoda, cel i przebieg leczenia wstrzyknięciem etanolu:**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani stanu zdrowia proponujemy Panu/Pani leczenie wstrzyknięciem etanolu, który jest w Pana/Pani przypadku bezpiecznym i najbardziej efektywnym sposobem leczenia. Terapia ta jest szczególnie wskazana u pacjentów ze zmianami torbielowatymi w tarczycy (torbiel prosta) lub zmianą torbielowato-lita i daje szansę na uniknięcie operacji u pacjentów obciążonych dodatkowymi schorzeniami czy nie wyrażających zgody na leczenie chirurgiczne.

Celem zastosowanego leczenia jest: zmniejszenia rozmiarów guzka i ustąpienia związanych z nim objawów klinicznych (uczucia dyskomfortu, chrypki, widocznego wybrzuszenia w rejonie szyi).

Proponowane leczenie polega na nakłuciu guza tarczycy, ewakuacji płynu z torbieli i na następczym podaniu stężonego roztworu alkoholu etylowego do zmiany. Procedura odbywa się pod kontrolą ultrasonografii (USG),

**3. Dające się przewidzieć następstwa leczenia wstrzyknięciem etanolu:**

Brak uzyskania oczekiwanego stopnia redukcji wielkości zmiany - wymagające ponownego zastosowania wstrzyknięcia etanolu lub innej metody alternatywnej;

**4. Potencjalne powikłania mogące wystąpić po zastosowaniu leczenia wstrzyknięciem etanolu:**

Leczenie zmian ogniskowych tarczycy przy pomocy wstrzyknięć etanolu uważa się za procedurę bezpieczną, a zdecydowana większość możliwych powikłań ma charakter przemijający i łagodny.

**Wśród możliwych działań niepożądanych** tej terapii wymienia się m.in. chrypkę, ból szyi, zaczerwienie twarzy, powstanie krwiaka w miejscu wkłucia czy przejściowe zaburzenia funkcji

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

tarczycy. Rzadkim powikłaniem jest uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego z chrypą, zwykle przejściową – ale może ona utrzymywać się nawet przez pół roku.

Do rzadkich i bardzo rzadkich powikłań opisywanych w literaturze, związanych z terapią ablacyjną etanolem, zalicza się m.in. zakrzepicę żyły szyjnej, zespół Hornera oraz martwicę nerwu krtaniowego wstecznego z towarzyszącym martwiczym zapaleniem skóry – sytuacje tego typu mogą wymagać interwencji chirurgicznej celem ustabilizowania stanu klinicznego pacjenta.

#### **5. Konsekwencja zaniechania leczenia wstrzyknięciem etanolu:**

Zaniechanie leczenia wiąże się z ryzykiem nasilenia wzrostu guzka i dolegliwości miejscowych .

#### **6. Możliwe metody alternatywne i możliwe skutki ich zastosowania:**

W Pana/Pani przypadku klinicznym możliwe są potencjalnie dwie metody alternatywne w stosunku do zaproponowanego leczenia wstrzyknięciem etanolu:

- **leczenie operacyjne** - związane z ryzykiem niedoczynności przytarczyc oraz porażeniem fałdów głosowych, i mogące prowadzić do trwałej niedoczynności tarczycy wymagającej stałej, codziennej suplementacji hormonów tarczycowych do końca życia pacjenta;

**Wdrożenie powyższej alternatywnej metody leczenia wymaga przeprowadzenia oddzielnej kwalifikacji wykluczającej przeciwwskazania do jej zastosowania.**

#### **7. Rozmowa z lekarzem**

Prosimy, aby Pan/Pani zapytała nas o wszystko co chciałby/chciałaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania i wyjaśnimy wszelkie wątpliwości.

#### ***Zastrzeżenia i pytania pacjenta/pacjentki co do proponowanego leczenia:***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 8. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że poinformowałem pacjenta/pacjentkę o celu, przebiegu, następstwach i możliwych do przewidzenia powikłaniach w wyniku zastosowania zaproponowanej pacjentowi/pacjentce procedurze leczenia wstrzyknięciem etanolu zmiany torbielowatej / torbielowato-litej tarczycy, a także przedstawiłem znane mi alternatywne metody leczenia w tym przypadku klinicznym wraz z ewentualnymi skutkami ich zastosowania.

*/data, pieczętka i podpis lekarza/*

## 9. Oświadczenie pacjenta/pacjentki

Oświadczam, że:

1. Poinformowano mnie, w sposób dla mnie zrozumiały, o stanie mojego zdrowia, celu i przebiegu zaproponowanej mi procedury medycznej, oczekiwanych wynikach oraz potencjalnych i możliwych do przewidzenia skutkach ubocznych jej zastosowania; Świadomy jestem również, że zastosowanie powyższej procedury nie gwarantuje uzyskania oczekiwanego efektu leczenia;
2. Przedstawiono mi alternatywne, w mojej sytuacji klinicznej, sposoby leczenia i ryzyko z nimi związane;
3. W sposób przystępny przedstawiono mi skutki związane z brakiem zgody na zaproponowane leczenie i ewentualny wybór metody alternatywnej;
4. Otrzymałem(am) w formie pisemnej informację o zasadach postępowania w stosunku do osób z otoczenia, a wszelkie wątpliwości w tym zakresie zostały mi dokładnie wyjaśnione w sposób dla mnie satysfakcjonujący;
5. W trakcie wizyty, mogłem(am) zadawać wszelkie pytania dotyczące mojego stanu zdrowia, zaproponowanej metody leczenia oraz metod alternatywnych, a udzielone mi odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i wyczerpujące;
6. Dostarczyłem(am) wszystkie wyniki badań, wykonane poza Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, które dotyczą mojego aktualnego stanu zdrowia, a także nie zataiłem żadnej informacji o stanie zdrowia, które mogą wpływać na podjęcie właściwych decyzji terapeutycznych przez lekarza.

*/data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego /*

**ZGADZAM SIĘ BEZ ZASTRZEŻEŃ**

**NA LECZENIE WSTRZYKNIĘCIEM ETANOLU:**

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie prowadzonego leczenia w przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Zobowiązuję się także do:

- przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym wykonywania wymaganych okresowych badań diagnostycznych,
- zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych przez lekarza terminach,

*/data, pieczętka i podpis lekarza/*

*/data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego/*

**NIE WYRAŻAM ZGODY**

**NA LECZENIE WSTRZYKNIĘCIEM ETANOLU:**

**JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM ŚWIADOMY MOŻLIWYCH SKUTÓW ZDROWOTNYCH ZWIĄZANYCH Z PODJĘTĄ PRZEZE MNIE DECYZJĄ ODMOWNĄ.**

*/data, pieczętka i podpis lekarza/*

*/data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego/*

**KONIEC DOKUMENTU**