

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

.....

PESEL/DATA URODZENIA: .....

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA POBRANIE SZPIKU DO AUTOTRANSPLANTACJI NA SALI OPERACYJNEJ

### DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA : .....

NR HISTORII CHOROBY : .....

PESEL/DATA URODZENIA ; .....

### I. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO POBRANIA SZPIKU DO AUTOTRANSPLANTACJI NA SALI OPERACYJNEJ:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a:

.....

(nazwa choroby)

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/a wskazania do pobrania szpiku do autotransplantacji.

### II. INFORMACJE ODNOŚNIE PROCEDURY: POBRANIE SZPIKU DO AUTOTRANSPLANTACJI NA SALI OPERACYJNEJ

Szpick kostny jest „fabryką” komórek krwi. Ta płynna tkanka wytwarza erytrocyty (krwinki czerwone) transportujące tlen, leukocyty (krwinki białe), których zadaniem jest obrona i zwalczanie infekcji oraz płytki krwi (trombocyty) biorące udział w procesie krzepnięcia krwi. U zdrowych, dorosłych ludzi czynny, czerwony szpick kostny produkujący komórki krwi znajduje się w kościach płaskich - w jamach szpickowych mostka, żeber, kręgach, kości biodrowych, kości czaszki. Szpick po aspiracji z jamy szpickowej wygląda tak jak krew. Pobranie szpiku kostnego wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu ogólnym w warunkach sali operacyjnej. Zabieg trwa od 1,5 do 3 godzin. W wyjątkowych sytuacjach zespół lekarski może zdecydować o pobraniu szpiku w znieczuleniu podpajęczynówkowym (tzn. z podaniem znieczulenia do opon kręgosłupa lędźwiowego) bez narkozy ogólnej. Każdy pacjent przed pobraniem szpiku ma rutynowo zabezpieczane 2j. koncentratu krwinek czerwonych (NUKKCz) do transfuzji przy zabiegu pobrania szpiku kostnego. Przyjęcie pacjenta celem pobrania szpiku następuje na 2-3 dni przed zabiegiem. Szpick kostny pobiera się z talerzy biodrowych (trochę ponad pośladkami), metodą wielokrotnych nakłuć i aspiracji (czyli odsysania) szpiku. Szpick pobiera dwóch lekarzy i wlewa go do specjalnie przygotowanego worka. Sam zabieg pobierania trwa około 60-120 minut i pobiera się od 1000 do 1500 mililitrów szpiku. W tym samym czasie przetacza się wcześniej zabezpieczony NUKKCz. Po pobraniu szpiku lekarz pokrywa miejsca nakłuć niewielkimi opatrunkami. Anestezjolog przystępuje do wybudzenia pacjenta z narkozy. Pobranie materiału pozwoli na wykonanie procedury autotransplantacji szpiku.

### III. INNE DOSTĘPNE METODY LECZENIA

Pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej

### IV. OPIS POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ

Po wybudzeniu dawca może przejściowo odczuwać bóle gardła, nudności, uczucie zimna, dreszcze. Dolegliwości ustępują zwykle po kilku godzinach i pacjent może opuścić szpital na drugi dzień po kontroli parametrów morfologii.

- bolesność w miejscu wkłuć, która występuje u ok. połowy pacjentów, utrzymuje się przez 1-3 tygodnie i może wymagać stosowania łagodnych środków przeciwbólowych
- miejscowe powikłania infekcyjne (bardzo rzadko)
- powikłania anestezyjologiczne, omawiane z pacjentem przez lekarza anestezjologa w trakcie kwalifikacji do znieczulenia ogólnego

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL/DATA URODZENIA:

**V. OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z PROPONOWANEGO ZABIEGU**

- Zmniejszenie prawdopodobieństwa uzyskania remisji choroby nowotworowej.
- Skrócenie czasu całkowitego przeżycia.
- Skrócenie czasu do progresji choroby nowotworowej.

**VI. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko co chciałaby Pan/i wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem autotransplantacji na sali operacyjnej. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego zabiegu oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w Naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/a pytania.

**Zastrzeżenia pacjentki/pacjenta co do proponowanego zabiegu:**

**Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:**

**VII. OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**Potwierdzam, że:**

- miałem/am możliwość uzyskania od zespołu leczącego mnie i kierującego do transplantacji, a następnie od lekarzy OLS Transplantacji Szpiku Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku ŚCO w Kielcach wyczerpujących informacji co do celu, sposobu i ryzyka zabiegu pobrania szpiku do autotransplantacji na sali operacyjnej. Wszystkie wątpliwości zostały mi wyjaśnione w czasie wyczerpującej rozmowy z:

(imię i nazwisko lekarza)

Prosimy, aby Pan/i zapytał/a nas o wszystko co chciałaby Pan/i wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem pobrania szpiku do autotransplantacji na sali operacyjnej.

- poinformowano mnie, że przyjęcie do programu transplantacji nie jest uzależnione od jakichkolwiek opłat i zabezpieczeń finansowych.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz informacji dotyczących przebiegu transplantacji i dalszego leczenia do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant” zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.25 kwietnia 2006 (Dz.U.Nr76, poz.542) oraz do Europejskiego Rejestru Transplantacji Szpiku (*European Bone Marrow Transplantation Registry*) z zastrzeżeniem objęcia danych personalnych tajemnicą lekarską. Wyrażam również zgodę na przesłanie mojego numeru PESEL do Ministerstwa Zdrowia celem monitorowania rozliczenia kontraktu na procedury wysokospecjalistyczne, do których należy przeszczep komórek krwiotwórczych. Wyrażam zgodę na wykorzystanie anonimowe danych dotyczących przebiegu mojego leczenia w badaniach naukowych prowadzonych przez Klinikę Hematologii i Transplantacji Szpiku ŚCO w Kielcach**  
Potwierdzam, że otrzymałem/am jednobrzmiącą kopię powyższej informacji i zgody na proponowane leczenie.

Kielce, dnia .....

(Podpis pacjenta)

Niniejszy dokument stanowi własność Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.  
Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez zgody Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

.....

PESEL/DATA URODZENIA: .....

**Bez zastrzeżeń wyrażam dobrowolną zgodę** na zabieg pobrania szpiku do autotransplantacji na Sali operacyjnej. Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Kielce, dnia .....

(Podpis pacjenta)

Potwierdzam, że pacjent/tka został/a poinformowany/a o celu planowanego zabiegu jego przebiegu oraz powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonej procedury.

Kielce, dnia .....

(Podpis i pieczęć lekarza)

**Nie wyrażam zgody na proponowany mi** zabieg pobrania szpiku do autotransplantacji na sali operacyjnej. Zostałem/łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz zwiększonym ryzyku wznowy lub progresji choroby.

Kielce, dnia .....

(Podpis pacjenta)

Potwierdzam, że pacjent/tka został poinformowany o celu planowanym zabiegu, jego przebiegu oraz powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonej procedury oraz skutkach odmowy.

Kielce, dnia .....

(Podpis i pieczęć lekarza)