



## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

|                            |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ<br/>ΑΣΘΕΝΗ</b> | <b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:</b><br><b>ΕΠΩΝΥΜΟ:</b><br><b>ΟΝΟΜΑ:</b><br><b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:</b><br>(αναγράψτε ή επικόλληση bar code) | <b>ΗΛΙΚΙΑ:</b><br><b>ΦΥΛΟ:</b> <input type="checkbox"/> <b>ΑΝΔΡΑΣ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΓΥΝΑΙΚΑ</b><br><b>ΝΟΣ/ΚΟ ΤΜΗΜΑ:</b><br><b>ΘΑΛΑΜΟΣ:</b><br><b>ΚΛΙΝΗ:</b><br><input type="checkbox"/> <b>ΕΠΕΙΓΟΝ</b> <input type="checkbox"/> <b>ΤΑΚΤΙΚΟ</b> |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ<br/>ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ<br/>ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ο ίδιος ο ασθενής</b><br><input type="checkbox"/> <b>Συγγενής</b><br><input type="checkbox"/> <b>Βαθμός Συγγένειας</b><br><input type="checkbox"/> <b>Φίλος/Σύντροφος</b><br><input type="checkbox"/> <b>Επώνυμο</b><br><input type="checkbox"/> <b>Όνομα</b><br><input type="checkbox"/> <b>Τηλέφωνο</b> | <b>Αιτία μη συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενή :</b> |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που μου δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ  
Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω πράξης, καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιουδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί, εφόσον απαιτηθεί, οποιαδήποτε θεραπεία ή μετάγγιση αίματος ή προϊόντων του αίματος, κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

**Αναγκαιότητα - σκοπός:** Η αγγειοπλαστική είναι μια θεραπευτική επέμβαση, με την οποία επιδιώκεται η διάνοιξη των στενώσεων που παρουσιάζουν τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς. Το όφελος από την αγγειοπλαστική είναι ότι μας προσφέρει θεραπευτική αντιμετώπιση, χωρίς να χρειασθεί να γίνει εγχείρηση της καρδιάς.

(ΛΕΥΚΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΟΖ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΙΤΡΙΝΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ)

**Τρόπος διενέργειας:** Η αγγειοπλαστική γίνεται με την εισαγωγή ενός λεπτού σωλήνα (θηκάρι) μέσα από μια περιφερειακή αρτηρία προς την καρδιά, μέσα από τον οποίο στη συνέχεια προωθούνται οι καθετήρες στην καρδιά. Όταν προωθηθεί προς το στενωμένο αγγείο ο καθετήρας – μπαλόνι, φουσκώνει το μπαλόνι πάνω στη στένωση. Τη στιγμή εκείνη είναι δυνατόν να αισθανθείτε ένα πόνο, ο οποίος υποχωρεί μόλις ξεφουσκώσει το μπαλόνι.

**Πιθανές επιπλοκές από την εξέταση:** Η αγγειοπλαστική είναι πλέον μια συνηθισμένη πράξη, αλλά συνοδεύεται από μικρό ποσοστό επιπλοκών, που μερικές φορές μπορεί να είναι σοβαρές. Οι επιπλοκές αυτές είναι:

1. Θάνατος, σε ποσοστό μέχρι 1 τοις εκατό.
2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου, μέχρι 2 τοις εκατό.
3. Εγκεφαλικό επεισόδιο, μέχρι 6 τοις χιλίοις.
4. Τοπικές επιπλοκές από τα αγγεία

Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι η πιθανότητα για τις επιπλοκές αυτές είναι πολύ πιο μικρή από το θεραπευτικό όφελος που επιτυγχάνεται.

**Πιθανές επιπλοκές από την ενδεχόμενη αναισθησία:** Συνήθως δεν απαιτείται αναισθησία, αλλά εφόσον χρειασθεί, οι πιθανές επιπλοκές είναι: 1. Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.

2. Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.

3. Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την τοπική αναισθησία.

Ημερομηνία :

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή άλλου προσώπου που δίνει τη συγκατάθεση