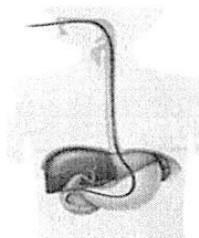


# PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR THE ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AND BIOPSIES

Patvirtinta  
VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio  
direktoriaus 2016-12-14 įsakymu Nr. V-881  
P 28 „Endoskopinė retrogradinė  
cholangiopankreatografija“  
1 priedas

**VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos  
Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centras**

## INFORMACINIS LAPELIS PACIENTUI Endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija



**Informacija pacientui:** Jums įtariami pakitimai tulžies latakuose ir/ar kasoje. Norint nustatyti esamų pakitimų pobūdį, Jums siūlomas šis tyrimas, leidžiantis pakankamai tiksliai įvertinti tulžies latakų ir/ar kasos būklę. Tai yra invazinis tyrimo metodas, kuris susijęs su tam tikra rizika, apie kurią Jūs turite žinoti.

**1 pav. Duodenoskopo įkišimas.**

### **Kaip vyksta tyrimas?**

Tyrimas atliekamas bendrinėje nejautroje. Tyrimo metu lankstus endoskopas yra įvedamas į dvylikapirštę žarną, joje surandamas didysis spenelis, į kurį atsiveria kasos ir tulžies latakai. Specialus kateteris – kaniulė yra įkišamas į spenelį ir suleidžiamas jodo turintis kontrastinis preparatas, kuris užpildo tulžies arba kasos latakus. Leidžiant kontrastinę medžiagą yra atliekama rentgenoskopija ir įvertinami pakitimai. Nustačius pakitimus, tam tikrais atvejais reikalinga atlikti endoskopinę operaciją – prapjauti spenelį, ištraukti akmenis, likviduoti latakų susiaurėjimą įkišant stentą arba plečiant balionėliu, drenuoti skysčio sancaupą, paimti audinio gabaliuką histologiniam ištyrimui. Tyrimas atliekamas naudojant jonizuojančiąją spinduliuotę. Paciento gaunama apšvita minimaliai padidina neigiamų pasekmių sveikatai riziką. Po tyrimo – jonizuojančiosios spinduliuotės kūne nelieka.

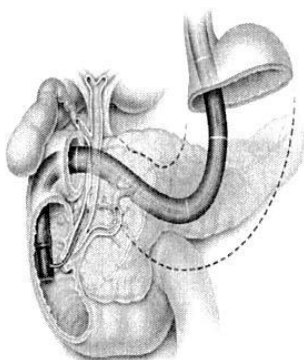
### **Priešoperacinis paruošimas**

- Savaitę prieš procedūrą nevartoti vaistų, įtakojančių kraujo krešumą (pvz., Aspirinas, Warfarinas, Klopidoogelis).
- Vakare prieš procedūrą galite valgyti lengvai virškinamą maistą (sriuba, jogurtas, varškė).
- Nevalgyti ir negerti nuo vidurnakčio iki procedūros pradžios.

### **Pooperacinis periodas**

Po procedūros gerti ir valgyti galima tik leidus personalui. Galite jausti išpūstą pilvą, dėl procedūros metu į žarnyną pripūsto oro. Tai yra normalu. Palaipsniui dujos išeis. Jums bus skiriami nuskausminantys esant reikalui. Parą laiko Jūs busite stebimas dėl galimų komplikacijų išsivystymo.

**Pastaba MOTERIMS.** Jei maitinate kūdikį krūtimi, pasitarkite su savo gydytoju. Prieš tyrimą motinos pieną galima nusitraukti ir naudoti po tyrimo. Kontrastiniam preparatui pasišalinus iš Jūsų kūno (per maždaug 24 valandas), galima vėl maitinti krūtimi. **Jei esate (įtariate, kad esate) nėščia ar maitinanti, būtinai apie tai praneškite medicinos personalui prieš tyrimą.**



2 pav. Tulžies latakų kanuliavimas.

#### Ar tyrimas saugus?

Procedūros metu galimos **komplikacijos**, jos pasitaiko retai, tačiau jūs apie tai turite žinoti:

1. Po procedūros būna trumpalaikiai raizgančio pobūdžio skausmai pilve, pilvo pūtimas, kartais po kontrasto suleidimo gali būti kasos sudirginimo reiškiniai.
2. Kraujavimas iš spenelio pjūvio vietos, kuris yra sustabdomas tos pačios procedūros metu, retais atvejais nepavykus sustabdyti kraujavimo tenka operuoti.
3. Tulžies latakų uždegimas – cholangitas.
4. Akmens įstrigimas pjūvio vietoje.

#### Koks komplikacijų dažnis?

Bendras komplikacijų dažnis siekia nuo 4 iki 7 proc.

Literatūroje yra pateikiami šie komplikacijų dažniai:

Dažnos komplikacijos:

1. Kraujavimo dažnis – 1,3 proc.
2. Ūminis pankreatitas – nuo 0,79 proc. iki 5 proc.

Retos komplikacijos:

1. Tulžies latakų uždegimas – 0,43 proc.
2. Dvylikapirštės žarnos ar tulžies latakų prakiurdinimas – 0,45 proc.
3. Kitų ligų paūmėjimas – 1,33 proc.
4. Mirtingumas nuo šios procedūros siekia nuo 0,11 proc. iki 0,8 proc.

Įvertinus Jūsų sveikatos būklę, taip pat Jums galimos šios komplikacijos ar jų rizika yra didesnė (įrašo operaciją/intervencinę procedūrą) paskyręs gydytojas kiekvienu konkrečiu atveju):

.....  
.....

Įvykus komplikacijai, ligoninėje yra visos būtinos priemonės ir galimybės jų diagnostikai ir gydymui

**Su pateikta informacija susipažinau. Man suprantama ir priimtina operacijos (intervencinės procedūros) rizika bei galimos komplikacijos. Man yra aiški visa informaciniame lapelyje pateikta informacija. Gydytojas suprantamai atsakė man į visus iškilusius klausimus, susijusius su operacija (intervencine procedūra) ir šiame lapelyje pateikta informacija.**

.....  
.....  
(Paciento/paciento atstovo vardas, pavardė, parašas)

Data: ..... 2019 07 05 .....

# PATIENT'S INFORMED CONSENT FOR INTERVENTIONAL (INVASIVE) PROCEDURE OR SURGERY – diagnostic laparoscopy



PATVIRTINTA  
VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio  
direktoriaus 2017-02-20 įsakymu Nr. V-113  
P 103 „Medicinos dokumentų pildymas“  
3 priedas

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

## INFORMUOTO PACIENTO SUTIKIMAS INTERVENCINEI (INVAZINEI) PROCEDŪRAI ARBA CHIRURGINEI OPERACIJAI

VUL SK centro pavadinimas \_\_\_\_\_

Padalinio (skyriaus, poskyrio) pavadinimas \_\_\_\_\_

Paciento vardas, pavardė, amžius \_\_\_\_\_

Medicinos dokumento Nr. (LIN) \_\_\_\_\_

Gydytojo, kuris atliks intervencinę (invazinę) procedūrą/chirurginę operaciją \_\_\_\_\_

Vardas, pavardė, profesinė kvalifikacija \_\_\_\_\_

Procedūros/ operacijos pavadinimas: \_\_\_\_\_

Papildomos procedūros, kurios gali būti taikomos pagrindinės procedūros/ operacijos metu:

- ☐ Kraujo ir jo produktų perpylimas
- ☐ Radiologinės procedūros
- ☐ Kitos procedūros (išvardinti): \_\_\_\_\_

Procedūra/ operacija bus atlikta taikant:

- ☒ Bendrą/ regioninę anesteziją
- ☐ Vietinę anesteziją
- ☐ Sedaciją (raminantys medikamentai)
- ☐ Kita (įrašyti) \_\_\_\_\_

Papildoma informacija:

- ☐ Aš siūlau suteikti informaciją apie procedūrą/ operaciją, tačiau pacientas/-ė (arba jo atstovas/-ė) nuo informacijos atsisakė
- ☒ Aš išaiškinau gydymo procedūros/ operacijos eigą, jos naudą ir galimas komplikacijas. Taip pat išaiškinau galimų alternatyvių gydymo metodų naudą ir riziką (tame tarpe ligos eigą netaikant jokio gydymo)
- ☐ Aš papildomai aptariau chirurginės operacijos/ intervencinės (invazinės) procedūros keitimo leistinumo ribas, kurios yra \_\_\_\_\_

Be Medicininio audito skyriaus žinios šis dokumentas arba jo dalys negali būti dauginamos arba platinamos trečiosioms šalims, išskyrus teisės aktų nustatytus atvejus.



Informaciją suteikusiai gydytojo parašas: \_\_\_\_\_  
Vardas, pavardė: vp gyd. rez. \_\_\_\_\_  
Pareigos: \_\_\_\_\_  
Data: 2019 10 30

Gerbiamas paciente, prašome įdėmiai perskaityti šią formą. Jei pageidausite, Jūs gausite šios formos kopiją. Prašome klausti, jeigu Jums kyla neaiškumų. Jūs turite teisę pakeisti savo nuomonę bet kada prieš šią procedūrą/operaciją, taip pat po to, kai Jūs pasirašysite šią formą.

**Prašome pažymėti kiekvieną langelį, jei Jūs supratote ir sutinkate su žemiau išvardintais teiginiais.**

- ☒ **Aš gavau ir perskaičiau informacinį lapelį**, kuriame aprašyta intervencinė (invazinė) procedūra/chirurginė operacija, jos alternatyvos, nurodytos galimos komplikacijos, jų dažnis ir kitos svarbios apsisprendimui aplinkybės.
- ☒ **Aš sutinku** su procedūra/operacija (gydymo eiga), minima šioje formoje.
- ☒ **Aš atsisakau** procedūros/operacijos, minimos šioje formoje.
- ☒ **Aš suprantu**, kad procedūros, nepaminėtos šioje formoje, bus atliekamos tik gelbstint mano gyvybę arba siekiant išvengti rimtos žalos mano sveikatai.
- ☒ **Man buvo suteikta informacija** apie papildomas procedūras, kurios gali būti atliekamos gydymo eigoje. Žemiau aš išvardinau visas procedūras, kurios negali būti atliekamos neaptarus su manimi.

Paciento parašas, vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Data, laikas: 2019 10 29

Paciento atstovo (jei pacientas neveiksnus) parašas, vardas, pavardė: (nurodyti atstovavimo pagrindą) \_\_\_\_\_

Data, laikas: \_\_\_\_\_

Jeigu veiksnus pacientas arba jo atstovas dėl fizinių trūkumų, ligos ar kitokių priežasčių negali pats pasirašyti sutikimo formos, tačiau sutinka procedūrai/operacijai, ne mažiau kaip dviejų liudytojų akivaizdoje kitas veiksnus fizinis asmuo turi pasirašyti žemiau:

Kito asmens parašas, vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Data, laikas: \_\_\_\_\_

Liudininko parašas, vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Data, laikas: \_\_\_\_\_

Liudininko parašas, vardas, pavardė: \_\_\_\_\_

Data, laikas: \_\_\_\_\_

Be Medicininio audito skyriaus vedėjo žinios šis dokumentas arba jo dalys negali būti dauginamos arba platinamos trečiosioms Šalims, išskyrus teisės aktų nustatytus atvejus.

# PATIENT'S CONSENT FOR PUBLISHING



VIEŠOJI ĮSTAIGA  
VILNIAUS UNIVERSITETO LIGONINĖ  
SANTAROS KLINIKOS

HEPATOLOGIJOS, GASTROENTEROLOGIJOS IR DIETOLOGIJOS CENTRAS

## INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMAS

2019 10 30

(Data)  
Vilnius

Aš, [redacted],

(Tiriamąjo ir/ar jo atstovo vardas, pavardė)

pasirašydamas šią formą, duodu laisvą ir pagrįstą sutikimą, kad mano medicininiai duomenys bei su jais susiję tyrimų rezultatai būtų naudojami mokslo ir pedagoginiais tikslais. Sutinku, kad mano ligos diagnozavimo ir gydymo procese sukaupta vaizdinė medžiaga, įskaitant ir tą, pagal kurią gali būti atpažinta mano asmenybė, gali būti publikuojama moksliniuose straipsniuose, vadovėliuose, specialybių žurnaluose, video medžiagoje (pateikiant pavyzdžius mokomuosiuose filmuose, elektroniniuose DVD, CD-ROM, duomenų bazėse ir pan.), mokslinėse prezentacijose.

Aš aiškiai supratau pateiktą informaciją ir gavau atsakymus į visus man rūpimus klausimus, susijusius su mano medicininių duomenų panaudojimu mokslo ir pedagoginiais tikslais.

Aš gavau šio sutikimo formos kopiją. Pasirašydamas šią sutikimo formą, aš neatsisakau jokių savo įstatymais numatytų teisių.

Adresas [redacted]

Telefonas [redacted]

Asmens parašas [redacted]

Aš, tyrėjas, atsakingas už šią publikaciją, patvirtinu, kad paaiškinau aukščiau minėtam asmeniui būsimos publikacijos esmę ir tikslą.

Tyrėjas: Vilniaus universiteto Hepatologijos, gastroenterologijos ir dietologijos centro gydytojas

Vardas Pavardė: SANDRA STRAINIENĖ

Telefonas 862564166

Tyrėjo parašas [redacted]