

FORMULAR DE CONȘIȚĂMÂNT LA INTERNARE ÎN VEDEREA ÎNREGISTRĂRII POLIGRAFICE / POLISOMNOGRAFICE SAU A TERAPIEI CPAP

Subsemnatul _____ domiciliat
în _____ legitimat cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____
avand

CNP :

în calitate de:

1.pacient internat în secția _____

2.reprezentant legal al copilului _____ în vârstă de _____ ani

3.aparținător (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului _____ internat în secția _____
_____ consimt să urmez operația/tratamentul următor¹:

Tulburările respiratorii in timpul somnului reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, având multiple cauze, cea mai comună cauză medicală tratabilă fiind cea obstructivă (Sindromul de Apnee în Somn de tip Obstructiv = SASO). Adesea, dar nu obligatoriu, acest sindrom de apnee în somn este însoțit de somnolență excesivă în timpul zilei, sforăit, opriri frecvente ale respirației în timpul somnului semnalate de anturaj (apnei) și treziri de scurtă durată ce determină întreruperi frecvente ale somnului.

Frecvența cu care SASO este întâlnit în populația generala neînsoțit de somnolență este de 9% la femei și 24% la bărbați. Implicațiile sunt multiple, atât socio-economice (scăderea capacității de muncă și / sau concentrare, număr crescut de accidente auto) cât și medicale (asocierea complicațiilor si comorbidităților cardiovasculare). Consecințele cardiovasculare ale SASO sunt multiple (aritmii, hipertensiune arterială, boală coronariană ischemică, infarct miocardic, insuficiență cardiacă, hipertensiune pulmonară, accidente vasculare cerebrale, moarte subită nocturnă, etc.)

SASO necesită investigații complexe la momentul prezentării datorită multiplelor patologii asociate si se impune o abordare terapeutică optimă datorită riscurilor legate de aceasta boală.

Diagnosticul SASO se efectuează în urma unei înregistrări poligrafice / polisomnografice, ce presupune că veți dormi o noapte în laboratorul de somn al Insitutului de Pneumologie "Marius Nasta". În funcție de tipul de înregistrare, o serie de senzori si electrozi se vor monta pentru a urmări stadiile somnului, opririle de respirație ce apar în timpul somnului, mișcările toraco-abdominale, mișcările de picioare, se vor monitoriza pulsul și saturația +/- monitorizare video în timpul nopții.

În caz de confirmare a diagnosticului de SASO, este necesară o a doua noapte în laboratorul de somn pentru stabilirea unei valori optime a presiunii CPAP (asa numita "noapte de titrare CPAP"). În cursul acestei nopți vă va fi montată o mască conectată la aparatul CPAP, aparat ce va furniza presiuni progresiv crescânde pentru corectarea apneilor. Un asistent

medical vă va monitoriza atât în timpul nopții de diagnostic cât și în timpul celei de titrare și va interveni în caz de apariție a oricărei probleme.

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării / neefectuării acestei investigații, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către domnul Dr. _____ . Mi s-au explicat de asemenea și consecințele pe care le poate avea asupra sănătății mele netratarea sindromului de apnee în somn precum și faptul că acesta poate duce la adormire la volan ce se poate solda cu accidente rutiere.

Mi s-au prezentat riscurile asociate precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces) consecințele pe care le presupune tratamentul/intervenția **dar și lipsa acestuia**, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația/tratamentul pe care urmează să îl efectuez.

Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul investigației / tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei investigații / tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenției terapeutice apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine (inclusiv transfuzia), accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale în consecință doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și nu numai în interesul meu personal și înspre binele meu, de la acest accept face excepție²: _____ .

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la efectuarea investigației poligrafice / polisomnografice / terapei CPAP. **Deasemenea certific că am înțeles consecințele care ar putea decurge din faptul că am sindrom de apnee în somn dar nu doresc să mă investighez/tratez.**

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal⁴ _____
ziua ____ luna ____ anul _____ .

Subsemnatul, în calitate de martor, _____ confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului _____ ziua ____ luna ____ anul ____