

# Protokół postępowania dotyczącego ograniczenia terapii daremnej u pacjenta pozbawionego możliwości świadomego wyrażenia woli, leczonego na oddziale o profilu internistycznym

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL / data urodzenia:

Z powodu swojego aktualnego stanu klinicznego Pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli w zakresie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej należy stwierdzić, że uwzględniając obecny stan kliniczny, po pełnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i przedstawieniu aktualnej sytuacji zdrowotnej Pacjenta jego bliskim, zostaje podjęta decyzja o ukierunkowaniu terapii na leczenie o charakterze paliatywnym, które będzie postępowaniem najbardziej korzystnym dla Pacjenta.

Przy podejmowaniu tej decyzji wzięto pod uwagę aspekty kliniczne, etyczne i rodzinno-społeczne, a także ustalono listę procedur terapeutycznych, które nie zostaną podjęte.

## Aspekty kliniczne

Rozpoznanie zasadnicze:

Aktualny stan kliniczny:

Dotychczasowy przebieg choroby / stan kliniczny w okresie poprzedzającym obecną hospitalizację:

Opinie konsultantów (w razie potrzeby):

## Aspekty etyczne i rodzinno-społeczne

Pomimo ograniczenia terapii uznanej za daremną przez cały czas będzie prowadzone postępowanie paliatywne, służące zapewnieniu Pacjentowi jak największego komfortu. Kontynuowana będzie specjalistyczna opieka pielęgniarska oraz działania łagodzące dolegliwości, takie jak ból, niepokój, duszność, drgawki czy gorączka. Prowadzone będzie nawadnianie i żywienie Pacjenta stosownie do jego potrzeb. Pacjentowi zostanie zapewniony stały kontakt z najbliższymi mu osobami, a także z innymi osobami wspierającymi w zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych.

W celu określenia najbardziej korzystnego postępowania wobec Pacjenta w obecnym stanie przeprowadzono rozmowę z następującymi osobami (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomości):

1) ..... 3) .....

2) ..... 4) .....

Omówiono następujące problemy:

- 1) aktualny stan kliniczny i stan świadomości Pacjenta oraz rokowanie co do przeżycia / poprawy klinicznej / wyleczenia
- 2) stosowane aktualnie metody leczenia, ich skuteczność i inwazyjność
- 3) przekonania światopoglądowe Pacjenta, w tym moralne i religijne, a także jego ewentualne wyrażone wcześniej życzenia co do postępowania w sytuacji zagrożenia/schyłku życia, które byłyby znane jego rodzinie lub innym bliskim mu osobom
- 4) plan dalszego postępowania, w tym ustalenie z bliskimi, jakie elementy opieki byłyby ważne dla Pacjenta (np. spełnienie potrzeb religijnych, pożegnanie się z kimś), a jakie dla nich, i zatroszczenie się o uwzględnienie tych potrzeb w miarę możliwości.

#### Lista procedur terapeutycznych, które nie zostaną podjęte albo zostaną wycofane

Rodzaj postępowania	Niepodjęcie	Wycofanie się
przekazanie do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<input type="checkbox"/>	
resuscytacja krążeniowo-oddechowa	<input type="checkbox"/>	
farmakologiczne wspomaganie układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektroterapia serca (czasowa stymulacja serca, defibrylacja/kardiowersja elektryczna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mechaniczne wspomaganie układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tlenoterapia wysokoprzepływową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nieinwazyjna mechaniczna wentylacja płuc (NIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intubacja dotchawicza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inwazyjna mechaniczna wentylacja płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terapia nerkozastępcza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
antybiotykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzyskanie dostępu naczyniowego z użyciem cewnika centralnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zabiegi operacyjne i inne procedury inwazyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
żywienie parenteralne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przetaczanie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddechowych (ECMO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### OŚWIADCZENIE

Niepodjęcie albo wycofanie się z wymienionych powyżej procedur jest w pełni medycznie i etycznie uzasadnione ze względu na ich daremność medyczną i dobro pacjenta.

#### Lekarz specjalista

Imię i nazwisko:

Pieczęć z nr PWZ:

Podpis ..... Data .....

#### Lekarz kierujący oddziałem lub lekarz specjalista (gdy lekarz kierujący oddziałem nie jest osiągalny)

Imię i nazwisko:

Pieczęć z nr PWZ:

Podpis ..... Data .....