



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΑΙ
ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ Α' & Β'**

Ταχ. Δ/νση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 104 33
Πληροφορίες : Γ. Κωτσόπουλος, Β. Ράιδου
Τηλέφωνο : 2132161128, 1436
fax : 2132161905
e-mail : damy@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 17/02/2020
Αριθ. Πρωτ.: Γ2β/οικ.10196

ΠΡΟΣ

Όπως Πίνακας Αποδεκτών

ΘΕΜΑ: «Ομογενοποίηση των εντύπων συγκατάθεσης/συναίνεσης ασθενών που συνοδεύουν τα αιτήματα εμφύτευσης αορτικών βαλβίδων»

Σχετ: 1. Το υπ' αριθμ. ΚΕΣΥ(Β')/οικ.83535/27-11-2019 έγγραφο της Δ/νσης Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, Διοικητικής & Γραμματειακής Υποστήριξης ΚΕ.Σ.Υ.
2. Η υπ' αριθμ. Γ2β/οικ.8657/11-02-2020 απόδοχή της υπ' αριθμ. 27 απόφασης της 277ης/22-10-2019 Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ
3. Η υπ' αριθμ. Α3γ/οικ.86222/11-11-2015 (Β'2542) απόφαση «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας Κέντρων τοποθέτησης Ειδικών Αορτικών Βαλβίδων διαδερμικά ή διακορυφαία», όπως ισχύει.

Κατόπιν του ανωτέρω (1) σχετικού εγγράφου με το οποίο μας κοινοποιήθηκε η υπ' αριθ. 27 απόφαση της 277ης/22-10-2019 Ολομέλειας του ΚΕ.Σ.Υ. με θέμα «Ομογενοποίηση των εντύπων συγκατάθεσης/συναίνεσης ασθενών που συνοδεύουν τα αιτήματα εμφύτευσης αορτικών βαλβίδων» και η οποία έγινε αποδεκτή από τον Υφυπουργό Υγείας, σας διαβιβάζουμε το έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης/συναίνεσης ασθενούς για διακαθετηριακή εμφύτευση αορτικής βαλβίδας, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις της ανωτέρω (3) υπουργικής απόφασης και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

Συν.: 2 σελ.

**Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΘΕΟΦΙΛΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

1. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
2. ΠΑΝ/ΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
3. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
4. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»- Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική
5. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»- Καρδιολογικό Τμήμα
6. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΧΕΠΑ»
7. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
8. ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
9. ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
10. ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»- Καρδιολογικό τμήμα
11. ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ –ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ
12. Ιδ. Γενική Κλινική «MEDITERRANEO HOSPITAL»
Ηλείας 8-12, Τ.Κ. 166 75, Γλυφάδα
13. Ιδ. Γενική Κλινική «ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΤΡΙΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ»
Εθν. Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1, Τ.Κ. 185 47, Νέο Φάληρο
14. Ιδ. Γενική Κλινική ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ «ΥΓΕΙΑ» Α.Ε.
Ερ. Σταυρού 4, Τ.Κ. 151 23, Μαρούσι
15. Ιδ. Γενική Κλινική «ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ HOSPITAL CENTER»
Λεωφ. Μεσογείων 107, Τ.Κ. 115 26, Αθήνα
16. Ιδ. Γενική Κλινική «ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.»
Αθανασιάδου 7-9, Τ.Κ. 115 21, Αθήνα
17. Ιδ. Γενική Κλινική «ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΤΖΕΝΕΡΑΛ»
Λεωφ. Μεσογείων 264, Τ.Κ. 155 62, Χολαργός
18. Ιδ. Γενική Κλινική «ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.»
Διστόμου 5-7, Τ.Κ. 151 25, Μαρούσι
19. Ιδ. Γενική Κλινική «ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ»
Ασκληπιού 10, Τ.Κ. 555 35, Πυλαία-Χορτιάτης, Θεσ/νίκη
20. Ιδ. Γενική Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ» Νοσηλευτική Α.Ε
Πανόραμα, Τ.Κ. 552 36, Θεσ/νίκη

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

1. Όλες τις ΔΥΠΕ
2. Όλες τις Δ/νσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών της Χώρας
3. Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων/ Δ/νση Ειδικότερων Θεμάτων Ασφάλειας και Παροχών
4. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γρ. Υπουργού
2. Γρ. Υφυπουργού
3. Γρ. Γεν. Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
4. Γρ. Προϊστ. Γεν. Δ/νσης Υπηρεσιών Υγείας
5. Δ/νση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, Διοικητικής &
6. Γραμματειακής Υποστήριξης (ΚΕΣΥ)
7. Αυτοτελές Τμήμα Εποπτείας, Ανάπτυξης και Λειτουργίας Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
8. Δ/νση Οργάνωσης και Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων
9. και Εποπτευόμενων Φορέων (Τμήμα Α' & Β')

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΓΙΑ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

1. Περιγραφή της διαδικασίας

Η διαδερμική εμφύτευση αορτικής βαλβίδας (TAVI) είναι μια ελάχιστα επεμβατική ιατρική πράξη κατά την οποία εισάγονται ειδικοί καθετήρες από το πόδι (μηριαία αρτηρία) ή το θώρακα (υποκλείδιο αρτηρία, δια-αορτικά ή διακορυφαία), με τελικό σκοπό την εμφύτευση μιας νέας αορτικής βαλβίδας στη θέση της προϋπάρχουσας βαλβίδας. Η επέμβαση αυτή γίνεται σε όσους ασθενείς πάσχουν από σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας και παρουσιάζουν συμπτώματα που οφείλονται στη νόσο αυτή. Κατά τη διάρκεια αυτής της επέμβασης θα εισαχθείτε στο νοσοκομείο, και θα νοσηλευθείτε για όσο χρονικό διάστημα κρίνει αναγκαίο ο θεράπων ιατρός. Μετά την αποχώρησή σας από το νοσοκομείο, θα σας ζητηθεί να επισκεφτείτε τα εξωτερικά ιατρεία του ίδιου νοσοκομείου στον ένα μήνα μετά την επέμβαση για έλεγχο από τον θεράποντα ιατρό σας. Επίσης, θα γίνει εκ νέου επικοινωνία από τον ιατρό σας προς εσάς στους έξι μήνες και στον ένα χρόνο.

2. Πιθανά οφέλη & δυννητικοί κίνδυνοι

Οφέλη:

- Ελάχιστα επεμβατική μέθοδος, χωρίς ανάγκη για χειρουργικές τομές
- Μικρή διάρκεια της επέμβασης
- Δεν χρειάζεται εξωσωματική κυκλοφορία
- Στην πλειονότητα των περιπτώσεων γίνεται μερική αναισθησία
- Ήπιος και σύντομος μετεγχειρητικός πόνος
- Γρήγορη επάνοδος στην καθημερινότητά σας

Δυνητικοί κίνδυνοι:

- Αγγειακές επιπλοκές
- Λοίμωξη
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Θάνατος
- Τοποθέτηση βηματοδότη
- Μετάγγιση αίματος

Οι παραπάνω κίνδυνοι είναι ενδεικτικοί και δεν περιλαμβάνουν όλους τους κινδύνους που δύνανται να συμβούν.

3. Φύλλο υπογραφής φόρμας συγκατάθεσης ασθενούς κατόπιν ενημέρωσης

Διάβασα τις πληροφορίες ασθενούς και ο γιατρός μου απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις μου σχετικά με την επέμβαση αυτή.

Συμφωνώ να υποβληθώ σε αυτή την επέμβαση.

Ασθενής/ συγγενής ή άλλος εξουσιοδοτημένος

(Όνοματεπώνυμο) (Υπογραφή) (Ημερομηνία (η/μ/έ))

Θεράπων ιατρός / εμφυτευτής

(Όνοματεπώνυμο) (Υπογραφή+σφραγίδα) (Ημερομηνία (η/μ/έ))

Διευθυντής του Τμήματος

(Όνοματεπώνυμο) (Υπογραφή+σφραγίδα) (Ημερομηνία (η/μ/έ))