



KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK
 Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75

Formularz ŚWIADOMEJ ZGODY

na przeprowadzenie operacji biopsji stereotaktycznej guza mózgu.

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

PESEL:

Nr historii choroby:

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....

Operacja zostanie przeprowadzona w znieczuleniu miejscowym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jego przeprowadzenie. W trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić powikłania krwotoczne. Mogą one wymagać przetoczenia krwi. W czasie operacji, bądź w przebiegu pooperacyjnym może także wystąpić obrzęk mózgu wymagający złożonego leczenia farmakologicznego. Powikłania mogą spowodować konieczność wykonania innych niż pierwotnie zaplanowane operacji np. operacji w celu usunięcia krwiałków śródczaszkowych czy też zmniejszenia obrzęku mózgu. W trakcie operacji może nastąpić uszkodzenie dróg nerwowych co może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji ruchowych i czuciowych. Możliwe są także zaburzenia mowy o dowolnym charakterze. W przebiegu pooperacyjnym mogą występować zaburzenia świadomości. W związku z koniecznością nacięcia opony twardej może dojść do powikłania pod postacią płynotoku poprzez ranę pooperacyjną. Płynotok może powodować utrudnione gojenie rany i konieczność reoperacji z zastosowaniem plastyki uszkodzonej opony twardej mózgu. Niektóre z powikłań operacji mogą zagrażać życiu pacjenta. Przebieg operacji może wywołać zmiany w zaplanowanych czynnościach, co może skutkować zawężeniem lub poszerzeniem zakresu operacji. Jednym z możliwych powikłań operacji, pomimo zastosowania odpowiedniej profilaktyki okołoperacyjnej, może być infekcja miejsca operowanego i ośrodkowego układu nerwowego. Leczenie pooperacyjne w przypadkach powikłań zakaźnych jest często długotrwałe. Należy się liczyć nawet z trzymiesięcznym okresem przyjmowania antybiotyków. Niekiedy powikłania zakaźne są powodem kolejnych operacji, nawet wielokrotnych.

Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego wycinka guza może zajść konieczność dalszego uzupełniającego leczenia farmakologicznego i/lub radioterapii.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem:

(imię i nazwisko lekarza)

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....

(zastrzeżenia)

oraz jego ewentualne zmiany , które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny

.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji

dla mojego zdrowia i życia.

.....

(data)

(podpis pacjenta)

.....

(podpis i pieczętka lekarza)