



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 neuralgii nerwu potylicznego

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

PESEL:

Nr historii choroby:

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

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie operacji rewizji rany pooperacyjnej okolicy potylicznej w celu leczenia objawów neuralgii nerwu potylicznego. W zależności od uwarunkowań wynikłych z przebiegu operacji należy się liczyć z częściowym ustąpieniem dolegliwości, co może skutkować koniecznością ponownej operacji w późniejszym terminie. Operacja zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym 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. Powikłania mogą spowodować konieczność wykonania innych niż pierwotnie zaplanowane operacji np. operacji w celu usunięcia krwiaków. W trakcie operacji może nastąpić uszkodzenie dróg nerwowych co może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji ruchowych i czuciowych z nimi związanych. W przebiegu pooperacyjnym mogą występować zaburzenia świadomości. 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. 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.

Zgadzam się na wszelkie zabiegi i operacje, których konieczność wykonania może pojawić się w trakcie leczenia w celu eliminacji ewentualnych skutków powikłań.

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)