

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F263\_w1  
str. 1



## 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

### INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE IMPLANTACJI GENERATORA IMPULSÓW

#### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

1. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych rozpoznano u Pani/Pana przewlekły lekooporny ból neuropatyczny lub niedokrwienny.

Leczenie ma na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych z zastosowaniem neuromodulacji prądem elektrycznym kolumn tylnych rdzenia kręgowego.

2. Ewentualnie choruje Pan/Pani na chorobę Parkinsona, drżenie samoistne lub dystonię

W chorobie tej na skutek postępujących, degeneracyjnych zmian w centralnym systemie nerwowym pojawiają się objawy neurologiczne zaliczane do grupy pozapiramidowych:

- Sztywność mięśni
- Spowolnienie ruchowe
- Trudność w zapoczątkowaniu ruchu, dreptanie
- Zmienność stanu neurologicznego w ciągu dnia – stany on/off
- Drżenia mięśni/kończyn
- Ruchy mimowolne kończyn o charakterze atetotycznym, mioklonicznym;
- Niezależne od woli napinania mięśni skutkujące wymuszonym ułożeniem kończyn/tułowia/głowy

#### PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE:

Proponowane leczenie: **implantacja i wymiana generatora impulsów**

U pacjentów, którzy mają wszczepioną elektrodę i łącznik stymulatora rdzenia kręgowego, zostanie wytworzona kieszeń podskórna gdzie umieszczony będzie generator impulsów połączony przewodem łączącym z elektrodą umocowaną do powięzi w okolicy lędźwiowej przykregosłupowej po nacięciu skóry. Operacja wymiany generatora impulsów zaś polega na nacięciu skóry w okolicy podobojczykowej lub lędźwiowej w miejscu blizny gdzie umieszczony jest rozładowany generator

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F263\_w1  
str. 2

impulsów. W następnej kolejności lekarz odpreparuje stary generator i usunie z kieszeni podskórnej i połączy przewód łączący z nowym generatorem impulsów, który zostanie umieszczony w kieszeni podskórnej w okolicy podobojczykowej, podżebrowej lub pośladkowej. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg. Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym lub w znieczuleniu miejscowym z sedacją .

O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Po zabiegu operacyjnym wróci Pani/Pan na salę chorych. W loży pooperacyjnej może być umieszczony dren połączony z butelką Redona, który ma na celu odprowadzenie gromadzącej się w miejscu operacji krwi. Drenaż będzie usunięty w pierwszej dobie po operacji. Rutynowo zlecone będzie miał/a Pan/Pani leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki o silniejszym działaniu.

Po zabiegu operacyjnym pojawić się mogą przejściowe trudności w przełykaniu. Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka. Procedura leczenia chirurgicznego schorzeń kręgosłupa związana jest zawsze z pewnym ryzykiem powikłań. Nie można zagwarantować pełnego powodzenia dla każdego bez wyjątku. Dlatego jest bardzo ważne, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się ze związanym z planowaną operacją ryzykiem i możliwymi pooperacyjnymi powikłaniami. Całość operacji przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog.

Po operacji będzie miał/a Pan/Pani zastosowane leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków odczuwać będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki o silniejszym działaniu.

Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka.

## **OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ**

**Do częściej występujących powikłań, które mogą pojawić się w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:**

### **1. Infekcje:**

- powierzchowne infekcje, powodujące przedłużone gojenie się rany, mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyków. W niektórych przypadkach także rewizji rany.
- infekcje głębokie- występują rzadziej, a obejmują m.in. kanał kręgowy, ropień nadtwardówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
- infekcje uogólnione- np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi.

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F263\_w1  
str. 3

Zwiększone ryzyko infekcji występuje przede wszystkim w związku z obecnością ciała obcego jakim jest elektroda, przewód łączący i stymulator, częstsze m.in. u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę,

2. Przemieszczenie się elektrody lub zagięcie bądź przerwanie ciągłości przewodu może spowodować przerwanie stymulacji i nawrót dolegliwości bólowych i/lub wystąpienie nieprzyjemnych parestezji co może być powodem do przeprowadzenia ponownej operacji.

3. Niezadowalające efekty stymulacji rdzenia kręgowego są najczęściej związane z progresją choroby, rozwojem tolerancji lub z wadą/usterką zestawu stymulującego.

**Do rzadziej występujących powikłań, które mogą wystąpić w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:**

1. Bezpośrednie uszkodzenie struktur nerwowych lub uszkodzenie struktur anatomicznych leżących w sąsiedztwie operowanego obszaru kręgosłupa obejmujące m.in. duże naczynia krwionośne (tętnice, żyły), których uszkodzenie może spowodować masywny krwotok. Leczenie tego powikłania wymagać może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi.

2. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.

3. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia

Ponadto wystąpić mogą powikłania wynikające z zastosowania środków czy też sprzętu medycznego (np.: uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny, zakażenie wirusem zapalenia wątroby). Pojawić się mogą także powikłania wynikające z długotrwałego leżenia w jednej pozycji w trakcie operacji. Wyżej wymienione powikłania są znanymi efektami niepożądanymi, które spotykano w praktyce. Jednak należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidzenia, czy nawet zupełnie niespodziewane

**Wymienione powikłania mogą wymagać dalszych operacji lub leczenia i mogą być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.**

W Klinice Neurochirurgii ryzyko zakażenia wynosi poniżej 3% hospitalizowanych pacjentów.

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F263\_w1  
str. 4

Opis zwiększonego ryzyka określonych powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta (*wypełnia lekarz oddziału*):

.....

#### **ROKOWANIE:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

*duże*

*średnie*

*ograniczone*

#### **KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:**

Wskazania do proponowanej operacji poparte są stopniem zaawansowania choroby i/lub brakiem skuteczności zastosowanych alternatywnych metod leczenia. Odroczenie leczenia operacyjnego może doprowadzić do nasilenia objawów bólu lub objawów choroby podstawowej. Alternatywą jest leczenie farmakologiczne

#### **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA:**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. W rzadkich przypadkach może się to wiązać ze znacznym rozszerzeniem operacji, którego następstwa wykraczają poza zakres informacji zamieszczonych w niniejszym formularzu.

Przy braku Pani/Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany, następnie powtórzony w terminie późniejszym, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. W przypadku szczególnego rodzaju zagrożeń, należy się liczyć z możliwością podjęcia radykalnych metod leczenia mających na celu ratowanie zdrowia i życia. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

#### **REKONWALESCENCJA:**

Uruchomienie, oraz powrót do codziennej aktywności możliwy jest w ciągu kilku dni .

Standardowo pierwsza kontrola po operacji następuje w Poradni Neurochirurgicznej do 30 dni po wypisie ze szpitala. Kolejna po 3 miesiącach i ostatnia po roku od operacji. Dla właściwej kontroli procesu leczenia należy przestrzegać terminów wizyt i bezwzględnie stosować do zaleceń lekarskich.

#### **PYTANIA PACJENTA:**

.....

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

### OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem

dr....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

### UWAGI LEKARZA

.....  
.....

### PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczętka lekarza	

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

**SPRZECIW PACJENTA**

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam/Zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	