



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 Pacjenta na leczenie operacyjne z powodu bólu przewlekłego stymulacją zwoju skrzydłowo-podniebiennego

I. WSKAZANIA DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych rozpoznano u Pani/Pana przewlekły ból neuropatyczny twarzy lub głowy

W chorobie tej głównym objawem jest ból przewlekły, neuropatyczny obejmujący połowę twarzy. Ból neuropatyczny jest bólem spowodowanym przez pierwotne uszkodzenie lub dysfunkcję układu nerwowego. Jest to ból, który pozostaje pomimo zakończenia działania szkodliwego bodźca, obejmuje określony, zwykle duży obszar ciała.

W bólu neuropatycznym często występują zaburzenia czucia : różnego rodzaju dyzestezje i parestezje, towarzyszy jemu allodynia, hyperalgezia . Często z bólem ośrodkowym współistnieją zespoły depresyjne lub nerwicowe.

W przypadku bólów towarzyszących uszkodzeniu wzgórza jako wynik wzmożonej pobudliwości neuronów rozwija się poudarowy ból ośrodkowy o charakterze zespołu wzgórzowego dotyczący przeciwstronnej połowy ciała. Ból związany z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego nie poddaje się leczeniu konwencjonalnemu i pozostaje oporny na leczenie chirurgiczne oraz tradycyjne techniki stymulacji

Celem leczenia operacyjnego jest zmniejszenie dolegliwości bólowych utrudniających codzienne funkcjonowanie

PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE

Implantacja stymulatora zwoju skrzydłowo-podniebiennego

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Odstąpienie od leczenia operacyjnego rozpoznanego u Pani/Pana bólu przewlekłego może być związane z konieczności a przyjmowania leków p/bólowych i narkotycznych z nasileniem objawów ubocznych tych leków

INNE METODY LECZENIA: zaliczamy tutaj leczenie farmakologiczne, stałe przyjmowanie leków p/bólowych w tym narkotycznych, metody leczenia alternatywnego jak np.: akupunktura

OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEJ OPERACJI

Zabieg implantacji stymulatora zwoju-skrzydłowo podniebiennego polega na umieszczeniu elektrody w okolicy dołu skrzydłowo-podniebiennego przy użyciu Igły z wykorzystaniem neuronawigacji w. Odprowadzenia od elektrod przeprowadzane są podskórnie do stymulatora umiejscowionego na ścianie klatki piersiowej w kieszeni podskórnej lub do stymulatora zewnętrznego celem przeprowadzenia stymulacji próbnej

Po tym następuje wybudzenie ze znieczulenia i powrót na Oddział. 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.

O wszystkich wiadomych państwu uczuleniach na leki lub środki medyczne należy koniecznie informować personel medyczny.

Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka. Powyższa procedura leczenia chirurgicznego 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.

IV. 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:

Związane z implantacją i używaniem elektrody, przewodów i stymulatora :

- krwiak wewnętrzny – z powikłaniami neurologicznymi – zaburzenia siły mięśni, mowy
- miejscowa infekcja, erozja skóry nad przewodami, stymulatorem, ziarniniak zapalny do 12%
- przerwanie przewodu
- repozycja elektrody z powodu braku efektu
- zapalenie żył z zatorowością płucną

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

Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.

ROKOWANIE:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

duże

średnie

ograniczone

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.

W trakcie zabiegu neurochirurg kieruje się dobrem chorego, a głównym celem operacji jest zachowanie, w miarę możliwości, jak najlepszego stanu neurologicznego pacjenta. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie lekarz.

Przy braku Pani/Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany, następnie powtórzony w terminie późniejszym, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. Wówczas konieczne byłoby ponowne znieczulenie.

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:

Po operacji należy bezwzględnie zastosować się do zaleceń lekarskich i pielęgniarskich. Zaniechanie może przyczynić się do niepowodzenia przeprowadzonego leczenia operacyjnego.

PYTANIA PACJENTA:

.....
.....

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.

Dodatkowo wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych związanych z procesem leczenia i rekonwalescencji. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny/mailowy/listowny z ośrodkiem leczącym.

UWAGI LEKARZA

.....
.....

PODPIS PACJENTA I LEKARZA

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

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	