

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

PR4\_F441\_w2  
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 operacji zespołu cieśni kanału nadgarstka

#### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana (istnieje u Pani/Pana podejrzenie):

**Zespół cieśni kanału nadgarstka** – spowodowany uciskiem nerwu pośrodkowego na jego przebiegu w obrębie kanału nadgarstka, wywołanym przez zwyrodniałe pasma włóknistych tkanek lub blizny. Objawia się bólem, szczególnie nocnym oraz mrowieniami lub drętwieniem ręki (najczęściej nadgarstka i palców: kciuka, palca wskazującego, palca środkowego i częściowo palca serdecznego). W poważniejszych przypadkach zaburzeniem ruchomości i zanikami mięśni ręki. Badaniem dodatkowym potwierdzającym rozpoznanie jest **elektroencefalografia (ENG)**.

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

Proponowane leczenie/badanie polega na: **leczenie operacyjne – dekompresja nerwu pośrodkowego** przez przecięcie troczka zginaczy nadgarstka lub blizn metodą otwartą w znieczuleniu ogólnym, odcinkowym lub miejscowym.

Alternatywne metody leczenia/badania polegają na: **leczenie zachowawcze/rehabilitacja** – polegające na krótkotrwałym unieruchamianiu ręki w ortezie, miejscowej sterydoterapii w celu zlikwidowania stanu zapalnego i obrzęku, przyjmowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych, rehabilitacji ruchowej nakierowanej na poprawę kontroli motorycznej ręki oraz uniemożliwienie zanikania odnerwionych mięśni oraz fizykoterapii.

#### MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Powikłania związane z planowaną operacją mogą między innymi polegać na:

Powikłania miejscowe: **krwiaki i obrzęki miejsca operowanego; zaburzenia ukrwienia i martwica skóry w okolicy rany pooperacyjnej; infekcja (zakażenie) rany; odczynny na zastosowane materiały (np. szwy, plastry, materiały hemostatyczne); możliwość zakrzepicy miejscowej; niezamierzone uszkodzenia struktur otaczających okolicę operowaną (ścięgien, mięśni; nerwów oraz naczyń krwionośnych); przewlekłe bóle w miejscu blizny pooperacyjnej; czasowe nasilenie dolegliwości/przeczulica; nawrót leczonego schorzenia.**

Powikłania związane z zastosowaną metodą: **rozejście się rany pooperacyjnej** związane z naturalnym napięciem skóry/tkanek tej okolicy (szczególnie przy nadmiernym wysiłku i nieodpowiednim oszczędzaniu ręki operowanej); **ograniczenie ruchomości ręki operowanej (zginanie, odwiedzenie i przywiedzenie oraz przeciwstawny ruch kciuka)** przez uszkodzenie nietypowo odchodzącej gałęzi wstecznej nerwu pośrodkowego, skutkujące odnerwieniem i zanikiem mięśni kłębu dłoni; **utworzenie bolesnego nerwiaka uszkodzonych części nerwu lub nerwów skórnych; ponowny ucisk przez uformowaną bliznę pooperacyjną; bezpośrednie uszkodzenie nerwu pośrodkowego.**

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

Powikłania ogólne: **zapalenie płuc; zatory i zakrzepy żyłne; udar mózgu; zawał mięśnia sercowego; zakażenie ogólnoustrojowe; niewydolność oddechowa; uogólniona reakcja uczuleniowa; zgon.**

Liczba powikłań zależy od wielu czynników takich jak zaawansowanie chorób towarzyszących, uprzednich zabiegów operacyjnych, stopnia zaawansowania choroby, nieprawidłowości lub nietypowej budowie anatomicznej, oraz innych niemożliwych do przewidzenia przyczyn.

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:**

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowany zabieg, rokowanie co do Pani/Pana stanu zdrowia w przyszłości jest niepewne.

Wskazania do proponowanej operacji poparte są stopniem zaawansowania choroby i/lub brakiem skuteczności zastosowanych alternatywnych metod leczenia. Odroczenie leczenia operacyjnego nie zmieni dalszego postępu choroby zgodnego z jej naturalnym przebiegiem.

Utrzymujący się ucisk nerwu pośrodkowego spowoduje jego dalszą degenerację, prowadzącą do postępujących zaburzeń – dolegliwości bólowych, zaburzeń czucia, zaburzeń ruchu i zaniku mięśni ręki, ostatecznie prowadząc do częściowej niesprawności ręki.

#### **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. 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. Rękę operowaną należy utrzymać w niewielkim uniesieniu przez kilka pierwszych dni. W trakcie 4 tygodni od operacji należy ograniczyć aktywność, szczególnie zakazuje się wszelkich czynności i prac siłowych angażujących rękę operowaną. Po około 2 tygodniach od operacji zalecamy zdjęcie szwów skórnych w Poradni Neurochirurgicznej, termin zostanie wyznaczony w zaleceniach wypisowych. W ciągu około 30 dni od wypisu, zostaje wyznaczona wizyta kontrolna w Poradni Neurochirurgicznej w celu całościowej oceny procesu leczenia.

#### **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 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	