



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 zabiegu implantacji stabilizatora międzywyrostkowego z powodu niestabilności odcinka lędźwiowego kręgosłupa wywołanej dyskopatią lędźwiową

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 implantacji stabilizatora międzywyrostkowego z powodu niestabilności odcinka lędźwiowego kręgosłupa wywołanej dyskopatią lędźwiową. Zabieg operacyjny zostanie przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jego przeprowadzenie. Wskazania do operacji poparte są brakiem skuteczności innych metod leczenia zastosowanych dotychczas. Zasadniczym powikłaniem tego typu operacji pomimo zastosowania odpowiedniej profilaktyki okołoperacyjnej jest infekcja śródoperacyjna, co w przypadku zajęcia kości kręgosłupa ma wyjątkowe znaczenie. 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. Powikłania te w większości przypadków wymagają wielotygodniowego leżenia. Powikłania zakaźne pozostawia trwałe ślady w obrazach radiologicznych, najczęściej pozbawione znaczenia klinicznego. W trakcie operacji może dojść do złamania wyrostka kolczystego co może uniemożliwić implantację stabilizatora. W trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić powikłania krwotoczne. Mogą one wymagać przetoczenia krwi. Mogą wymagać innych niż pierwotnie zaplanowane operacji np. operacji naczyniowych w obrębie jamy brzusznej. W trakcie operacji dyskopatii lędźwiowej należy się liczyć z uszkodzeniem struktur jamy brzusznej, co skutkować, może koniecznością laparotomii. Należy się liczyć z uszkodzeniem moczowodów, co może być powodem operacji urologicznych. W trakcie operacji może nastąpić uszkodzenie korzeni nerwowych co może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji ruchowych i czuciowych z nimi związanych. Te powikłania mogą skutkować niedowładami lub porażeniami mięśni kończyn dolnych, zaburzeniami kontroli zwieraczy przewodu pokarmowego lub dróg moczowych, zaburzeniami funkcji seksualnych, zaburzeniami

czucia. Możliwe jest uszkodzenie ciągłości opony twardej co może skutkować powikłaniem pod postacią płynotoku poprzez ranę pooperacyjną. Płynotok może powodować utrudnione gojenie rany i konieczność reoperacji z zastosowaniem plastyki uszkodzonego worka oponowego. Ewentualnie założenie drenażu lędźwiowego. W bardziej skomplikowanych przypadkach taka niegojąca się rana z płynotokiem może być przyczyną do rozwinięcia się ciężkiego zakażenia z zajęciem opon mózgowo – rdzeniowych i centralnego układu nerwowego. Niektóre z powikłań operacji mogą zagrażać życiu pacjenta. Przebieg operacji może wywołać zmiany w zaplanowanych czynnościach , co może skutkować zawężeniem lub poszerzeniem zakresu operacji. Należy się liczyć z tym, że mimo kwalifikacji do operacji zgodnej z zasadami wynikłymi z praktyki klinicznej zabieg może nie przynieść satysfakcjonującej poprawy klinicznej.

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 pieczęć 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 pieczęć lekarza)