



**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 operacyjnego nukleoplastyki**

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 nukleoplastyki w odcinku lędźwiowym kręgosłupa w celu leczenia objawów klinicznych wywołanych dyskopatią lędźwiową. Zabieg nukleoplastyki jest małoinwazyjną techniką operacyjną obarczoną mniejszym odsetkiem powikłań niż większość innych metod operacyjnych. Zabieg operacyjny zostanie przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jego przeprowadzenie. Każdy zabieg poprzedzony jest badaniem dyskograficznym (obraz radiologiczny podczas podawania środka cieniującego do wnętrza dysku), którego przebieg decyduje ostatecznie o wskazaniach do jego przeprowadzenia. Wynik dyskografii może zdecydować o przeciwwskazaniach do przeprowadzenia. Celem zabiegu jest dokonanie dekompresji dysku lędźwiowego poprzez oddziaływanie bezpośrednie laserem na jego strukturę, przez igłę aplikatora wprowadzoną przezskórnie. Przeprowadzone badania kliniczne szacują możliwość uzyskania poprawy klinicznej pod postacią ustąpienia objawów klinicznych dyskopatii lędźwiowej w zakresie 70 %. Zasadniczym powikłaniem zabiegu jest obserwowane u 4 % pacjentów nasilone zapalenie krążka międzykręgowego objawiające się bardzo silnym bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Powikłanie w większości przypadków wymaga wielotygodniowego leczenia zachowawczego związanego z koniecznością leżenia, przyjmowania leków przeciwzapalnych oraz antybiotyków. Powikłanie pozostawia trwałe ślady w obrazach radiologicznych, najczęściej pozbawione znaczenia klinicznego. U blisko 30 % pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z zasadami wynikłymi z praktyki klinicznej zabieg nie przynosi satysfakcjonującej poprawy klinicznej. Brak skuteczności zabiegu może być jednym z elementów kwalifikacji do operacji discektomii- usunięcia dysku w późniejszych etapach leczenia. Jak przy każdej ingerencji operacyjnej należy się liczyć z powikłaniami natury krwotocznej z wytworzeniem krwiaków pooperacyjnych oraz infekcyjnej, z powstaniem ropni, ropniaków. Leczenie tego typu powikłań może wymagać przeprowadzenia innych operacji w tym neurochirurgicznych. Z uwagi na anatomiczne sąsiedztwo narządów jamy brzusznej, w tym naczyń biodrowych należy się liczyć z możliwością ich uszkodzenia w trakcie zabiegu, co może wymagać pilnych operacji chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Uszkodzenie w.w. struktur może

zagrozić życiu pacjenta. Z uwagi na mechaniczną ingerencję w sąsiedztwie układu nerwowego należy się liczyć z możliwością powstania deficytów neurologicznych pod postacią niedowładów lub porażeń kończyn, zaburzeń mikcji, defekacji, potencji - niekiedy o trwałym charakterze.

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)