



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 operacji naprawczej opony rdzeniowej w kanale kręgowym

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 naprawczej opony rdzeniowej kanału kręgowego – w celu powstrzymania wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego powstałego po operacji usunięcia fragmentów dysku z pochewki korzenia nerwowego w trakcie mikrodiscektomii, wykonanej uprzednio w celu leczenia objawów klinicznych wywołanych dyskopatią lędźwiową. Operacja zostanie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jej 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 i struktur kanału kręgowego 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 leczenia. Powikłania zakaźne pozostawia trwałe ślady w obrazach radiologicznych, najczęściej pozbawione znaczenia klinicznego. 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. Niektóre z powikłań operacji mogą zagrażać życiu pacjenta. Przebieg operacji może wywołać zmiany w zaplanowanych czynnościach, co może skutkować zawężeniem lub poszerzeniem zakresu operacji. Może zostać podjęta decyzja o założeniu pod koniec procedury drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, który będzie utrzymywany przez kilka następujących dni. Należy się liczyć z tym, że mimo kwalifikacji do operacji zgodnej z zasadami wynikłymi z praktyki klinicznej zabieg może nie przynieść satysfakcjonującej poprawy klinicznej i może wystąpić konieczność wykonania następnej operacji naprawczej opony pokrywającej korzenie rdzeniowe w kanale kręgowym.

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)