

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

PR4\_F436\_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 Pacjenta na leczenie operacyjne z powodu patologicznego złamania trzonu kręgowego kręgosłupa metodą Vertebroplastyki/Kyfoplastyki

#### I. WSKAZANIA DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych rozpoznano u Pani/Pana

Chorobę: **złamanie trzonu kręgu kręgosłupa na poziomie .....**

W chorobie tej na skutek postępujących, zwyrodnieniowych zmian w strukturze anatomicznej kręgosłupa – trzonu kręgowego, dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także może dojść do upośledzenia działania, a w późniejszym okresie do uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub korzeni nerwowych. Do najczęściej występujących objawów choroby należą m.in.:

- ostry lub przewlekły zespół bólowy
- zaburzenia wszystkich form czucia w zakresie unerwienia objętych chorobą struktur nerwowych osłabienie siły mięśniowej w zakresie unerwienia objętych chorobą struktur nerwowych, którym może towarzyszyć zanik mięśni
- zaburzenia zwieraczy (trudności w kontrolowaniu oddawania moczu i/lub stolca)

Odstąpienie od leczenia operacyjnego rozpoznanej u Pani/Pana choroby kręgosłupa może powodować wystąpienie bądź też nasilenie się różnych objawów doprowadzających w efekcie do poważnego i trwałego uszczerbku na zdrowiu.

#### PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE

**Proponowane leczenie/badanie polega na: leczenie operacyjne:**

**Vertebroplastyka** złamanego trzonu kręgowego kręgosłupa – metoda leczenia kompresyjnych złamań kręgosłupa. Zabieg polega na wstrzyknięciu tzw. cementu kostnego do trzonu kręgu złamanego lub będącego na granicy złamania z użyciem igły wprowadzonej do trzonu poprzez nasadę złamanego trzonu przez skórnie w.

**Kyfoplastyka** – jest zabiegiem obustronnym – wprowadza się 2 igły przez 2 nasady tego samego złamanego trzonu oraz podnosi się blaszki graniczne złamanego trzonu przy użyciu baloników pod ciśnieniem, a następnie przestrzenie te wypełnia się cementem.

**Biopsja fragmentu trzonu** - w trakcie w/w zabiegów konieczne jest pobranie fragmentu tkanki patologicznej w przypadku złamania patologicznego.

**Alternatywne metody leczenia/badania polegają na: leczenie zachowawcze** – stosowanie leków p/bólowych, p/zapalnych, rehabilitacji, fizykoterapii, noszenie gorsetu-stabilizacji zewnętrznej

#### KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Odstąpienie od leczenia operacyjnego rozpoznanej u Pani/Pana choroby kręgosłupa może powodować wystąpienie bądź też nasilenie się różnych objawów chorobowych doprowadzających w efekcie do poważnego i trwałego uszczerbku na zdrowiu. Może dojść do progresji złamania, zmniejszenia wysokości trzonu oraz przegięcia kręgosłupa na tym poziomie.

**OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEJ OPERACJI**

Zabieg operacyjny odbywa się w znieczuleniu miejscowym, w pozycji na brzuchu, pod kontrolą promieniowania rentgenowskiego (RTG). Iglą z zestawu do vertebroplastyki docieramy do wybranego chorego trzonu (trzonów), a następnie pod kontrolą RTG podajemy kontrast oceniając ewentualne przemieszczanie się kontrastu w trzonie/ kanale kręgowym/ naczyniach żylnych. Przygotowany specjalnym zestawem cement kostny podajemy przez igłę do wybranego trzonu (trzonów).

**O WSZYSTKICH WIADOMYCH PAŃSTWU UCZULENIACH NA LEKI LUB ŚRODKI MEDYCZNE NALEŻY KONIECZNIE INFORMOWAĆ PERSONEL MEDYCZNY.**

Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka. Procedura leczenia chirurgicznego schorzeń kręgosłupa 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.

**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:**

/Powikłania od 1-9% w zależności typu złamania/

1. Wypływ cementu kostnego do:

- tkanek miękkich
- kanału kręgowego z uciskiem na struktury nerwowe: rdzeń lub ogon koński – bardzo poważne do porażenia włócznie
- do otworu międzykręgowego – radikulopatia
- do dysku
- spłotów naczyniowych żylnych kanału kręgowego i żyły głównej /zator płucny 0,3-1%/

2. Radikulopatia /5-7%/

3. Złamanie nasady /pedikulum/

4. Złamanie żebra

5. Złamanie wyrostka poprzecznego

6. Przebicie igłą

- dużych naczyń - których uszkodzenie może spowodować masywny krwotok (leczenie tego powikłania wymagać może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi)
- moczowodów, pęcherza moczowego lub innych struktur jamy brzusznej
- opłucnej /odma opłucnowa/

7. Wzrost ryzyka złamań kompresyjnych sąsiednich do operowanych trzonów

8. Ryzyko przejściowego lub trwałego wystąpienia zaburzeń ruchowych i/lub czuciowych o charakterze zaburzeń czucia powierzchniowego, głębokiego, drętwienia oraz mrowienia wynikających z manipulacji w okolicy korzeni nerwowych.

9. Operacja może nie pomóc

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 pielęgniarzkich. 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	