

# FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE Z INFORMACJĄ DLA PACJENTA

Podstawa prawna:

- ustawa z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Z 2011 r. nr 277 poz. 1634)
- ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2013 r. nr 217)
- ustawa z dn. 6 listopada 2008 roku o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Z 2012 roku nr 159)

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... KGD .....

## 1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚĆ ZABIEGU

Rozpoznano u Pana dyskopatię lędźwiowo-krzyżową. Po szczegółowej analizie proponujemy zabieg **stabilizacji przemasadowej i międzytrzonowej z odbarczeniem struktur nerwowych (dostęp boczny + tylny)**. Celem proponowanej operacji jest odbarczenie struktur nerwowych, zmniejszenie bólu, uzyskanie spondylodezy (zrostu trzonów kręgow).

## 2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Obecność implantów, obecność blizny, zrost trzonów kręgow

## 3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz braku ryzyka. Powikłania mogące wiązać się z tym zabiegiem to:

A) częste

- zakażenie rany pooperacyjnej i nieprawidłowe jej gojenie – do 5% (wzrost ryzyka przy współistniejącej cukrzycy, otyłości, sterydoterapii, chorobie nowotworowej, niedożywieniu)
- nasilenie (zwykle przejściowe) deficytów neurologicznych (ruchowe, czuciowe) – do 8%
- uszkodzenie worka oponowego z następowym płynotokiem – do 13% (wzrost ryzyka z każdą kolejną operacją)
- znaczna utrata krwi

B) rzadsze powikłania

- trwałe uszkodzenie struktur nerwowych mogące skutkować niedowładem kończyn dolnych, zaburzeniami funkcji zwieraczy
- uszkodzenie struktur leżących do przodu od kręgosłupa (dużych naczyń, jelit, moczowodu)
- zakażenie tkanek głębokich (zapalenie opon rdzeniowych, krążka międzykręgowego, ropień nadtwardówkowy, ropniak podtwardówkowy, zapalenie pajęczynówki, ropień podpowięziowy)
- powikłania wynikające z ułożenia na stole operacyjnym (uszkodzenie nerwów obwodowych – strzałkowego, łokciowego, promieniowego i innych; uszkodzenie gałek ocznych; uszkodzenie odcinka szyjnego kręgosłupa; odleżyny)
- powikłania zakrzepowo-zatorowe (zakrzepica żylna, zatorowość płucna – potencjalnie śmiertelna)
- niestabilność kręgosłupa związana z usunięciem elementów kostnych i stawowych
- przemieszczenie się implantu wymagające ponownej operacji
- uszkodzenie jamy otrzewnowej, jelit, nerki

Szpital jest miejscem, gdzie mogą bytować patogeny alarmowe, jak gronkowiec złocisty, acinetobacter, klebsiella, pałeczka okrężnicy i inne. Mimo dochowania ze strony personelu wszelkiej dbałości i staranności istnieje bardzo małe ryzyko zakażenia się tymi drobnoustrojami, co może wiązać się z gorszym gojeniem rany pooperacyjnej, jej ropieniem czy innymi stanami zapalnymi a także długotrwałą antybiotykoterapią.

#### 4. ROKOWANIE

Dyskopatia lędźwiowa jest chorobą **przewlekłą, nawracającą**. Główna poprawa spodziewana jest w zakresie **bólu korzeniowego** (promieniującego do kończyny dolnej). Ustąpienie dolegliwości bólowych może **nie być całkowite**, a dotknięty chorobą odcinek kręgosłupa **nie zostanie** w pełni wyleczony, zwłaszcza jeśli dolegliwości istnieją od dłuższego czasu. Przez pewien czas po operacji mogą utrzymywać się zaburzenia czucia na kończynach dolnych (niedoczulica, przeczulica). W niektórych przypadkach konieczne będzie dalsze leczenie przeciwbólowe i rehabilitacja. Część pacjentów wymagać będzie powtórnej (lub powtórnych) operacji w związku z niezadowalającym efektem, powikłaniami, nawrotem choroby lub jej wystąpieniem na innym poziomie kręgosłupa.

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w Pana/Pani przypadku oceniamy jako



duże



średnie



ograniczone

Jeśli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowane leczenie operacyjne, trudno przewidzieć dalszy przebieg choroby. Dolegliwości mogą utrzymywać się jeszcze przez długi czas lub ulec nasileniu. Możliwe również, że podjęte leczenie zachowawcze pozwoli po pewnym czasie uzyskać zadowalającą poprawę.

#### 5. ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA:

#### 6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY LUB ROZSZERZENIA ZABIEGU W TRAKCIE JEGO TRWANIA

W czasie operacji możemy stwierdzić istnienie trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie planowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na taką okoliczność. Przy braku tej zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie wykonany później, co byłoby dodatkowym obciążeniem dla Pani/Pana zdrowia.

#### 7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni rozumiem informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi oraz wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z ..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na powyższe tematy. Znane mi są możliwe powikłania związane z zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z zastrzeżeniami zawartymi w pkt. 5) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu **stabilizacji przemasadowej i międzytrzonowej z odbarczeniem struktur nerwowych**. Celem proponowanej operacji jest odbarczenie struktur nerwowych, zmniejszenie bólu, uzyskanie spondylodezy (zrostu trzonów kręgow).

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta

Nie zgadzam się na proponowany zabieg. Zostałem poinformowany/poinformowana o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta