

FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE Z INFORMACJĄ DLA PACJENTA GUZ KANAŁU KRĘGOWEGO

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/Pani guz kanału kręgowego na poziomie..... Po szczegółowej analizie proponujemy zabieg **usunięcia guza z odbarzeniem struktur nerwowych na drodze fenestracji, hemilaminektomii lub laminektomii z ewentualną stabilizacją międzytrzonową i przemasadową**

Celem proponowanej operacji jest radykalne usunięcie guza, uzyskanie materiału do badania histopatologicznego, odbarzenie struktur nerwowych. Leczenie operacyjne jest jedyną właściwą metodą leczenia w takim przypadku.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU

Obecność implantów, spondylodeza (zrost trzonów kręgów), obecność blizny

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)
- odrost guza
- znaczna utrata krwi

B) rzadsze powikłania

- trwale 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 nadtworówkowy, ropniak podtworówkowy, 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

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

Rokowanie jest ściśle związane z typem histopatologicznym guza, nie ma więc możliwości określenia rokowania na tym etapie.

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w Pana/Pani przypadku oceniamy jako



duże



średnie



ograniczone

Jeśli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowane leczenie operacyjne, nie będzie możliwości ustalenia pewnego rozpoznania. Ponadto wzrost guza może spowodować trwałe ubytki neurologiczne (niedowład kończyn, zaburzenia funkcji zwieraczy)

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 **usunięcia guza kanału kręgowego z odbarczeniem struktur nerwowych na drodze fenestracji, hemilaminektomii lub laminektomii z ewentualną stabilizacją międzytrzonową i przemasażową**. Zgadzam się również na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenie, które okażą się niezbędne w trakcie operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
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