



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESEL .....DATA.....

**ZGODNA NA ZABIEG OPERACYJNY  
USUNIECIE DYSKOPATHI LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ**

**I. WSKAZANIA DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

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

Chorobę: .....

W chorobie tej na skutek postępujących, zwyrodnieniowych zmian w strukturze anatomicznej kręgosłupa dochodzi do nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego kręgosłupa, ale także 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)
- zaburzenia funkcji seksualnych

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.

**II. NAZWA PROCEDURY MEDYCZNEJ LUB ZABIEGU**

Z w/w powodów został/a Pani/Pan zakwalifikowany do operacji:

.....

**III. OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEJ OPERACJI**

Operacja polega na nacięciu powłok nad miejscem objętym chorobą. W następnej kolejności lekarz odpreparuje przylegające w tym miejscu do kręgosłupa mięśnie. Pełne dotarcie do właściwego segmentu kręgosłupa wymaga wykonania, w zależności od warunków anatomicznych, charakteru schorzenia oraz stopnia zaawansowania choroby, odmiennych postaci tzw. dostępu kostnego (fenestracja, hemilaminektomia, laminektomia i inne). Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg. W niektórych przypadkach operacji kręgosłupa konieczne jest zastosowanie implantów kręgosłupowych, mających na celu poprawę stabilności kręgosłupa. O konieczności zastosowania oraz o doborze odpowiedniego rodzaju implantu decyduje śródoperacyjnie przeprowadzający zabieg lekarz. Zastosowanie implantów może mieć wpływ na ryzyko związane z przeprowadzaniem zabiegu. Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Po zabiegu operacyjnym wróci Pani/Pan na salę chorych. W łożu pooperacyjnej umieszczony będzie dren połączony z butelką Redona, który ma na celu odprowadzenie gromadzącej się w miejscu operacji krwi. Drenaż będzie usunięty w pierwszej dobie po operacji. W niektórych przypadkach lekarz może podjąć decyzję o niepozostawieniu drenu, lub też o utrzymaniu drenażu dłużej niż przez dobę.

W przypadku dolegliwości bólowych zlecone będzie Pan/Pani miał/a leki przeciwbólowe.

Jeżeli mimo podawanych leków odczuwać będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki o silniejszym działaniu.

**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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESEL .....DATA.....

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.

#### **IV. 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:**

1. Infekcje:

- powierzchowne infekcje, powodujące przedłużone gojenie się rany, mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyków. W niektórych przypadkach także rewizji rany. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, przyjmujących przewlekle leki sterydowe)
- infekcje głębokie- występują rzadziej, a obejmują m.in. przestrzeń międzykręgową (tzw. discitis), ropień nadtwardówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.
- infekcje uogólnione- np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi. Zwiększone ryzyko infekcji występuje m.in. u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekle leki sterydowe, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.

2. Niezamierzone otwarcie worka oponowego mogące spowodować wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Płynotok ma wpływ na przebieg gojenia się rany i może wymagać zastosowania zewnętrznego drenażu lędźwiowego lub reoperacji. Ryzyko wystąpienia niezamierzonego otwarcia worka oponowego jest większe w grupie chorych operowanych po raz kolejny.

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

4. Nawrotowa dyskopatia na poziomie operowanym lub wytworzenie się blizny łącznotkankowej w miejscu przeprowadzonej operacji mogące spowodować nawrót dolegliwości, bólowych i/lub wystąpienie/nasilenie się objawów neurologicznych. Zarówno nawrotowa dyskopatia jak i blizna w miejscu przeprowadzonej operacji może wymagać ponownej operacji.

5. W przypadku niestabilności na poziomie operowanym konieczne jest zaimplantowanie stabilizatora międzykolcowego. W trakcie implantacji może dojść do złamania wyrostka lub obu wyrostków kolczystych. W przypadku niemożności implantacji określonego stabilizatora z powodu braku odpowiedniego rozmiaru konieczne jest zastosowanie innego rodzaju stabilizatora. W okresie pooperacyjnym spotykamy się z wysunięciem stabilizatora międzykolcowego do boku lub do tyłu, a także ze złamaniem wyrostka lub obu wyrostków kolczystych.

**Do rzadziej występujących powikłań, które mogą wystąpić w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:**

1. Bezpośrednie uszkodzenie struktur nerwowych.

2. Uszkodzenie struktur anatomicznych leżących w sąsiedztwie operowanego obszaru kręgosłupa obejmujące m.in.

- duże naczynia krwionośne (tętnice, żyły), których uszkodzenie może spowodować masywny krwotok. Leczenie tego powikłania wymagać może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi.

- moczowody, pęcherz moczowy lub inne struktury jamy brzusznej

3. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.

4. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESEL .....DATA.....

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.**

#### V. OŚWIADCZENIE I ZGODA PACJENTA

Ja niżej podpisana/y potwierdzam, że zostałam/em dokładnie poinformowany o planowanej procedurze, o ewentualnej konieczności jej rozszerzenia oraz alternatywnych metodach leczenia w rozmowie wyjaśniającej z lekarzem. Zrozumiałam/em i akceptuję możliwość wystąpienia powikłań związanych z przeprowadzeniem proponowanego zabiegu. Zapoznałam/em się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadoma/y konieczności ich przestrzegania. Potwierdzam, że miałam/em wystarczającą ilość czasu na podjęcie przemyślanej decyzji. Zadałam/em wszystkie interesujące mnie pytania na temat zabiegu. Jestem świadoma/my braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia a także ryzyka związanego z leczeniem. Niniejszym proszę o wykonanie proponowanej operacji/ zabiegu/ procedury medycznej.

Zostałam poinformowana/y o ewentualnej potrzebie wykonania nieprzewidzianych, dodatkowych zabiegów, na które nie będę mogła/mógł wyrazić oddzielnej zgody, jeśli mój stan będzie tego wymagał i jeśli ich zaniechanie może mi zaszkodzić. Akceptuję ryzyko związane z takimi zabiegami. Należą do nich m.in. niżej wymienione: poszerzenie zakresu operacji, założenie drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, kraniotomia odbarczająca, pobranie autogennych przeszczepów (fragment nerwu, powięzi, mięśnia, skóry), założenie dodatkowych cewników (do naczyń krwionośnych, dróg moczowych, sonda żołądkowa), przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych, wykonanie badań inwazyjnych (angiografia, gastroscopia).

**Data, podpis pacjenta/pacjentki .....**

.....  
pieczęć i podpis lekarza

**Nie wyrażam zgody** na ewentualne przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych:

Data ..... podpis pacjenta/pacjentki .....

**Oświadczam, że nie jestem w ciąży;** podpis pacjentki .....