



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

## **Formularz świadomej zgody Pacjenta na leczenie operacyjne – Kriolezję stawów międzykręgowych odcinka lędźwiowego**

### **I. WSKAZANIA DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych rozpoznano u Pani/Pana zespół bólowo–przeciążeniowy ze strony stawów międzykręgowych odcinka lędźwiowego.

### **II. NAZWA PROCEDURY MEDYCZNEJ LUB ZABIEGU**

Z w/w powodów został/a Pani/Pan zakwalifikowany do przezskórnego selektywnego odnerwienia stawów międzykręgowych LS przy użyciu kriolezji – sondy - aplikatora niskich temperatur /do -89 stopni/ celem zmniejszenia dolegliwości bólowych.

### **III. OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEJ OPERACJI**

Zabieg przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym, przezskórnie. Wprowadzona zostanie sonda (izolowany aplikator niskich temperatur) do miejsca planowanego uszkodzenia tkanki nerwowej. Prawdliwość położenia sondy potwierdza się przy pomocy USG lub RTG. Aplikator jest połączony z aparatem wyposażonym w zbiornik podtlenu azotu. Rozprężanie gazu powoduje powstanie na zakończeniu aplikatura temperatury ok. -89°C. Prawdliwe poddanie nerwu działaniu niskiej temperatury na niewielkiej długości niszczy strukturę wewnętrzną nerwu uniemożliwiają przewodzenie bodźców w tym bólu. Nerw(y) poddany(e) działaniu niskich temperatur jest znieczulony od sześciu miesięcy do nawet dwóch lat i pacjent w tym czasie nie odczuwa dolegliwości bólowych lub następuje ich znacząca redukcja. Z czasem nerw jest zdolny do regeneracji wzdłuż swojego prawidłowego przebiegu i jego funkcje powracają. Sam zabieg jest wykonywany metodą przezskórną. Neurotomii - denerwacji stawów międzykręgowych w miejsca przebiegu gałązek przyśrodkowych gałęzi tylnych od nerwów rdzeniowych dokonuje się w temperaturze ok. -89°C.

Sam zabieg jest wykonywany metodą przezskórną. Jest to zabieg bezpieczny, minimalnie inwazyjny i nie wymaga konieczności zakładania szwów. Po krótkiej obserwacji pacjent może powrócić do domu.

Praktycznie nie ma przeciwwskazań do stosowania tej metody. Efekty są długotrwałe, a w przypadku regeneracji tkanki nerwowej, zabieg można powtórzyć. Powtórna kriolezja jest możliwa do przeprowadzenia w każdym czasie,

W pewnych przypadkach, jeżeli będzie taka konieczność, może być podjęta decyzja o przekazaniu chorego bezpośrednio z sali operacyjnej na Oddz. Intensywnej Terapii bez wcześniejszego wybudzania.

Procedura leczenia chirurgicznego 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.

### **IV. OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ**

**Do powikłań (około 1% przypadków), które mogą pojawić się w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą m.in.:**

- Przetrwale bóle neuropatyczne
- Przejściowe bóle ok.operowanej
- Krwawienie z rany lub struktur głębokich
- Deficyt ruchowy spowodowany niezamierzonym uszkodzeniem korzenia
- Ponadto wystąpić mogą następujące powikłania:
  - Powierzchnowe i/lub głębokie infekcje w miejscu operacji, 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 lub chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, u pacjentów ponownie operowanych lub po radioterapii, w przypadku długotrwałych operacji.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

- Infekcje uogólnione- np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekle leki sterydowe, długotrwałe przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.
- Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.

- 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.

**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 / zostałem dokładnie poinformowany o planowanej operacji, o ewentualnej konieczności jej rozszerzenia oraz alternatywnych metodach leczenia w rozmowie wyjaśniającej z lekarzem.

Zrozumiałam/em i akceptuję wystąpienie możliwych powikłań połączonych z przeprowadzeniem operacji. Potwierdzam, że zapoznałem się z wykazem zaleceń pooperacyjnych i jestem w pełni świadom(a) konieczności ich przestrzegania. Mogłam / mogłem zapytać o wszystko, co jest dla mnie ważne - rodzaj i znaczenie zabiegu, ryzyko w moim przypadku i możliwe powikłania, jak i o ewentualne zabiegi dodatkowe, których przeprowadzenie może być konieczne (np. transfuzja krwi) i ryzyko z nimi związane. Jestem świadoma/my braku gwarancji całkowitego powodzenia leczenia. Nie mam dalszych pytań, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień i niniejszym wyrażam po namyśle świadomą zgodę na planowaną operację. Zgadzam się na ewentualne zabiegi dodatkowe: cewnikowanie dróg moczowych, założenie sondy żołądkowej, założenie wkłucia centralnego, poszerzenie zakresu operacji z powodów stwierdzonych w trakcie procedury, przetoczenie krwi oraz produktów krwiopochodnych, założenie drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonanie inwazyjnych badań diagnostycznych (np. gazometria) lub obrazowych (bez i z użyciem kontrastu).

Data .....

.....  
Podpis pacjenta/pacjentki

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

Oświadczam, że nie jestem w ciąży:

Data: ..... Podpis pacjentki:.....



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

### Zgoda na przetoczenie krwi lub jej składników

Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? Tak Nie \*

Jeśli tak, to kiedy ?

.....

Jeśli tak, to gdzie?

.....

Czy w trakcie przetaczania i bezpośrednio po nim wystąpiły jakiegokolwiek powikłania ?

TAK NIE \*

Jeśli tak, to kiedy ?

.....

Jeśli tak, to jakie ?

.....

.....

.....

.....

**Oświadczam, że zostałem poinformowany i możliwości zajścia konieczności leczenia krwią lub jej składnikami w przypadku wystąpienie nadmiernego krwawienia w trakcie przeprowadzanego zabiegu operacyjnego lub w okresie okołoperacyjnym.**

**Wyrażam zgodę na przetoczenia krwi i / lub jej składników w tym przypadku.**

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwych powikłaniach po przetoczeniu.**

Data ..... Podpis pacjenta (pacjentki).....