



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE STABILIZACJI PRZEDNIEJ ALIF L5/S1 KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani dyskopatię kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Dyskopatią nazywamy degeneracyjne zmiany krążków międzykręgowych (dysków), prowadzące do ich dehydratacji, zmniejszenia wysokości lub przemieszczenia (np. przepukliny jądra miazdżystego). Zmiany te mogą powodować ucisk na korzenie nerwowe lub struktury kanału kręgowego.

Dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa jest częstym schorzeniem. Czynniki ryzyka obejmują przeciążenia mechaniczne, urazy, siedzący tryb życia, palenie tytoniu oraz predyspozycje genetyczne.

Objawy kliniczne zależą od stopnia zaawansowania zmian. Typowe to: ból okolicy lędźwiowej promieniujący do kończyny dolnej (rwa kulszowa), osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia (mrowienie, drętwienie), a w ciężkich przypadkach – niedowłady lub dysfunkcje zwieraczy (zespół ogona końskiego). Ból nasila się przy ruchach skrętnych, dźwiganiu lub długotrwałym staniu.

Nieleczona dyskopia może prowadzić do przewlekłego zespołu bólowego, trwałego uszkodzenia korzeni nerwowych, zwężenia kanału kręgowego (stenoza) lub niestabilności segmentu ruchowego (kręgozmyk).

Diagnostyka obejmuje badanie neurologiczne oraz badania obrazowe: rezonans magnetyczny (MRI), tomografię komputerową (CT). Leczenie zależy od stopnia zaawansowania: początkowo zaleca się terapię zachowawczą (fizjoterapia, farmakoterapia przeciwbólowa, epiduralne blokady steroidowe), a w przypadku braku poprawy lub deficytów neurologicznych – leczenie operacyjne (np. dyscektomia, stabilizacja przezskórna).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg wykonywany jest w **znieczuleniu ogólnym**. Po odkażeniu pola operacyjnego wykonuje się proste nacięcie skóry na przedniej powierzchni tułowia. Po rozsunięciu lub częściowym przecięciu mięśni ściany brzucha otwiera się przestrzeń zaotrzewnową w operowanej okolicy. Nerka oraz jelita zsuwane są ku przodowi, co umożliwia dotarcie do bocznej powierzchni kręgosłupa. Poziom operacji potwierdzany jest badaniem rentgenowskim. Po odsunięciu mięśni oraz zabezpieczeniu naczyń retractorami, zgodnie z planowanym zakresem operacji usuwane są chorobowo zmienione struktury kręgosłupa (krążek/krążki międzykręgowe, trzon/trzony kręgu). Następnie po ustaleniu właściwego rozmiaru zakładany jest implant. W zależności od potrzeby może być założone dodatkowe wzmocnienie kręgosłupa (płytą i/lub prętą). Kontrola hemostazy. Z łoża pooperacyjnej na zewnątrz wyprowadzany jest dren. Szycie warstwowe powłok.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Bezpośrednio po operacji będzie Pani/Pan odczuwać ból rany oraz ograniczenie bólowe ruchomości mięśni brzucha. Mogą też pojawić się zaburzenia pasażu jelitowego i trudności w oddawaniu stolca, które zwykle przemijają w ciągu kilku dni.

Oczekiwane korzyści obejmują:

- 1) **Zmniejszenie bólu** - sunięcie uszkodzonego dysku i stabilizacja kręgów redukuje ból pleców i nóg, zwłaszcza jeśli był spowodowany uciskiem na nerwy (np. przy zwyrodnieniu dysku lub kręgozmyku);
- 2) **Lepsza stabilność kręgosłupa** - wstawienie implantu lub przeszczepu kostnego między kręgi zapobiega nieprawidłowemu ruchowi kręgów, który mógł nasilać dolegliwości;
- 3) **Poprawa postawy** - zabieg pomaga odtworzyć naturalną krzywiznę kręgosłupa (lordozę lędźwiową), co ułatwia wyprostowaną postawę i równowagę;
- 4) **Mniej inwazyjny dostęp** - chirurg operuje od przodu brzucha (omijając mięśnie pleców), co zmniejsza uszkodzenie tkanek i skraca rekonwalescencję.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

1. Kontrola ambulatoryjna:

- konieczna będzie regularna kontrola u lekarza prowadzącego w wyznaczonych terminach,
- w niektórych przypadkach wymagane będą dodatkowe (np. badania obrazowe, laboratoryjne).

2. Przyjmowanie leków:

- obowiązkowe jest stosowanie przepisanych leków przeciwbólowych i innych preparatów zgodnie z zaleceniami,
- zmiana dawek lub odstawienie leków wymaga konsultacji z lekarzem.

3. Pielęgnacja rany:

- konieczna jest codzienna higiena rany zgodnie z instrukcją (np. opatrunki, unikanie moczenia),
- szwy lub specjalne opatrunki muszą być usunięte/zmienione w wyznaczonym terminie.

4. Ograniczenia aktywności:

- wymagane jest unikanie wysiłku fizycznego, dźwigania oraz gwałtownych ruchów przez określony czas,
- powrót do pracy lub sportu możliwy wyłącznie po zgodzie lekarza.

5. Rehabilitacja:

- niezbędne może być uczestnictwo w sesjach fizjoterapii lub wykonywanie indywidualnych ćwiczeń w domu.

6. Monitorowanie stanu zdrowia:

- wymagana jest natychmiastowa reakcja na niepokojące objawy: gorączkę, nasilony ból, zaczerwienienie rany, zaburzenia neurologiczne.

7. Dieta i styl życia:

- wskazane jest przestrzeganie zaleceń dietetycznych (np. lekkostrawna dieta) oraz unikanie alkoholu do czasu konsultacji.

W przypadku niestosowania się do zaleceń istnieje ryzyko powikłań lub wydłużenia procesu rekonwalescencji.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Fizjoterapia

Fizjoterapia skupia się na ćwiczeniach wzmacniających mięśnie core (głębokie mięśnie brzucha i pleców), które stabilizują kręgosłup. Terapia McKenziego polega na powtarzanych ruchach w określonych kierunkach, aby zmniejszyć ucisk na nerwy. Ćwiczenia w wodzie (aquaterapia) odciążają stawy i ułatwiają ruchomość kręgosłupa. Manualna terapia, np. mobilizacje stawów, pomaga poprawić zakres ruchu i zmniejszyć sztywność.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Farmakoterapia

Leki przeciwbólowe (np. paracetamol) i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) łagodzą ostry ból. W przypadku skurczów mięśni stosuje się leki rozluźniające mięśnie. W cięższych przypadkach krótkotrwale używa się opioidów (np. tramadol). Leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina) pomagają w przewlekłym bólu neuropatycznym).

Iniekcje steroidowe

Zastrzyki z kortykosteroidów i środków znieczulających podawane w okolicę korzeni nerwowych (blokady nadtwardówkowe) zmniejszają stan zapalny i ból promieniujący do nogi. Efekt jest zwykle tymczasowy, ale może umożliwić intensywniejszą rehabilitację

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko powikłań. Na stopień ryzyka składa się wiele czynników, między innymi: zaawansowanie choroby, stan zdrowia chorego, nikotynizm itp., dlatego też niektórych z nich nie można przewidzieć. Operator oraz cały zespół dochowa wszelkiej staranności w celu bezpiecznego przeprowadzenia planowanego zabiegu.

Choć powikłania są rzadkie, do tych występujących najczęściej należą:

- brak skuteczności przeciwbólowej lub nasilenie dolegliwości bólowych po operacji,
- nawrót dolegliwości w przyszłości lub dalszy postępujący przebieg dotychczasowej choroby pomimo wykonanej operacji,
- infekcja rany lub kręgosłupa, wymagająca antybiotykoterapii lub reoperacji,
- brak zrostu kostnego, przemieszczenie, złamanie implantu, wymagające reoperacji,
- krwiation w miejscu operacji, rozejście się rany lub przepuklina, co może wymagać ponownej operacji.

Do wyjątkowo rzadkich, choć poważnych powikłań należą między innymi:

- uszkodzenie jelit,
- uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych z krwotokiem,
- uszkodzenie moczowodu,
- wyciek limfy, który może wymagać ponownej operacji,
- płynotok, który może wymagać ponownej operacji,
- uszkodzenie korzeni nerwowych, z niedoczulicą, niedowładem i/lub porażeniem kończyn dolnych, zaburzeniem funkcji pęcherza moczowego, zaburzeniem/utratą funkcji seksualnych.

Niezwykłe rzadko, jako następstwo lub niezależnie od przeprowadzonego zabiegu w mogą pojawić się powikłania ogólnoustrojowe, takie jak: zapalenie płuc, zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, zawał serca, udar mózgu, zgon.

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.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Cukrzyca może powodować zaburzenia gojenia się ran i zwiększać podatność na infekcje, ponieważ podwyższony poziom glukozy osłabia funkcjonowanie układu odpornościowego. Może również negatywnie wpływać na drobne naczynia krwionośne, co utrudnia dostarczanie tlenu i składników odżywczych do operowanych tkanek, spowalniając ich regenerację.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Niekontrolowane lub niestabilne **nadciśnienie tętnicze** może zwiększać ryzyko krwawienia w trakcie operacji oraz prowadzić do gwałtownych wahań ciśnienia krwi. Taka niestabilność krążenia stanowi obciążenie dla serca i mózgu, co wymaga szczególnej uwagi anestezjologicznej w celu uniknięcia powikłań, takich jak udar czy zawał serca.

Migotanie przedsionków to arytmia, która sprzyja powstawaniu skrzeplin w jamach serca. W okresie okołoperacyjnym istnieje ryzyko, że taka skrzeplina przemieści się z prądem krwi do mózgu, powodując udar niedokrwienny. Jednocześnie konieczność stosowania leków przeciwzakrzepowych w celu prewencji udaru może zwiększać ryzyko krwawienia podczas samego zabiegu.

Przebyte udar niedokrwienny świadczy o zaawansowanych zmianach w naczyniach krwionośnych, co może zwiększać ryzyko wystąpienia kolejnego incydentu mózgowego w okresie okołoperacyjnym. Obszary mózgu dotknięte wcześniejszym niedokrwieniem są bardziej wrażliwe na wahania ciśnienia tętniczego i ewentualne niedotlenienie podczas znieczulenia.

Insulinooporność może zwiększać ryzyko infekcji i problemów z gojeniem się rany operacyjnej, ponieważ często wiąże się z przewlekłym stanem zapalnym w organizmie. Utrudnia także utrzymanie stabilnego poziomu cukru we krwi w okresie pooperacyjnym, co może negatywnie wpływać na proces zdrowienia.

Astma oskrzelowa może powodować nadreaktywność dróg oddechowych, co stwarza ryzyko skurczu oskrzeli i trudności z wentylacją pacjenta w trakcie znieczulenia ogólnego. Wymaga to odpowiedniego doboru leków anestezjologicznych oraz starannego monitorowania funkcji oddechowych.

Niedoczynność tarczycy spowalnia ogólny metabolizm organizmu, co może wpływać na tempo eliminacji leków stosowanych podczas znieczulenia i po operacji. Może to prowadzić do wydłużonego wybudzania oraz spowolnienia procesów regeneracji tkanek w okresie pooperacyjnym.

Jaskra może wiązać się z ryzykiem niekontrolowanego wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego. Ryzyko to wzrasta zwłaszcza przy długotrwałym ułożeniu pacjenta na brzuchu, które jest częste w operacjach kręgosłupa, a także po podaniu niektórych leków, co może stanowić zagrożenie dla nerwu wzrokowego.

Przewlekłe choroby płuc (w tym zwapnienia czy rozedma) ograniczają rezerwy oddechowe organizmu, co ma szczególne znaczenie podczas znieczulenia ogólnego. Zmniejszona wydolność oddechowa może prowadzić do niedotlenienia i utrudniać powrót do pełnej sprawności oddechowej po zabiegu.

Dyslipidemia (zaburzenia gospodarki cholesterolowej) przyczynia się do rozwoju miażdżycy, która uszkadza ściany naczyń krwionośnych i zwiększa ich podatność na pęknięcie lub tworzenie zakrzepów. Zwiększa to ogólne ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu.

Żyłki kończyn dolnych wskazują na przewlekłą niewydolność żylną i mogą zwiększać ryzyko rozwoju zakrzepicy żył głębokich. Ryzyko to jest szczególnie wysokie w okresie pooperacyjnym z powodu ograniczonej mobilności pacjenta, co sprzyja zastojowi krwi w nogach.

Otyłość może znacząco utrudniać techniczne aspekty przeprowadzenia operacji z powodu głębszego położenia struktur anatomicznych. Zwiększa również ryzyko infekcji rany operacyjnej, powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz problemów z wydolnością oddechową zarówno w trakcie, jak i po zabiegu.

Przewlekła choroba nerek może zaburzać proces usuwania z organizmu leków i ich metabolitów po operacji, co zwiększa ryzyko ich toksycznego działania. Niewydolność nerek wpływa również na regulację ciśnienia krwi i gospodarkę wodno-elektrolitową, co może komplikować przebieg pooperacyjny.

Choroba wieńcowa (choroba niedokrwienna serca) zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca lub niestabilności hemodynamicznej w okresie okołoperacyjnym. Stres związany z operacją i znieczuleniem stanowi dodatkowe obciążenie dla osłabionego mięśnia sercowego.

Osteoporoza może wpływać na jakość i wytrzymałość tkanki kostnej, co jest szczególnie istotne w operacjach kręgosłupa wymagających zastosowania implantów (np. śrub). Może to mieć znaczenie dla trwałości stabilizacji oraz procesu zrostu kostnego po zabiegu.

Zaburzenia krzepnięcia krwi, zarówno wrodzone, jak i nabyte, mogą zwiększać ryzyko nadmiernego krwawienia w trakcie zabiegu. Z drugiej strony, niektóre z tych zaburzeń mogą sprzyjać powstawaniu niebezpiecznych zakrzepów w okresie pooperacyjnym.

Choroby autoimmunologiczne i leczenie immunosupresyjne (np. sterydami) mogą osłabiać naturalną zdolność organizmu do zwalczania patogenów. Znacząco zwiększa to ryzyko rozwoju ciężkich infekcji w miejscu operowanym lub infekcji ogólnoustrojowych w okresie pooperacyjnym.

Depresja i inne zaburzenia psychiczne mogą wpływać na subiektywne odczuwanie bólu, motywację do rehabilitacji oraz ogólną współpracę pacjenta z personelem medycznym. Może to utrudniać i wydłużać proces powrotu do pełnej sprawności po operacji.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Większość pacjentów odczuwa znaczną redukcję bólu pleców i nóg oraz poprawę mobilności w ciągu 3–6 miesięcy, choć pełne zrośnięcie kręgów może zająć do roku. Długoterminowo udana fuzja stabilizuje kręgosłup, zmniejszając ryzyko nawrotu objawów, ale u niektórych osób mogą wystąpić zmiany zwyrodnieniowe w sąsiednich segmentach kręgosłupa po latach

Późne powikłania po zabiegu ALIF występują rzadko, ale mogą obejmować brak trwałego zrostu kostnego (tzw. pseudarthrosis), co prowadzi do nawrotu bólu i niestabilności kręgosłupa. Z czasem mogą też rozwinąć się zmiany zwyrodnieniowe w segmentach kręgosłupa sąsiadujących z operowanym obszarem, co objawia się bólem lub sztywnością (tzw. choroba sąsiedniego segmentu). U niektórych pacjentów obserwuje się przewlekły dyskomfort w okolicy brzucha lub pachwiny związany z bliznami po dostępie chirurgicznym lub uszkodzeniem nerwów skórnych. W rzadkich przypadkach dochodzi do przemieszczenia implantu, infekcji głębokiej lub powolnego uszkodzenia naczyń krwionośnych w okolicy operowanej, co może wymagać dodatkowej interwencji. Długotrwałe unieruchomienie kręgosłupa może też przyczyniać się do osłabienia mięśni przykręgosłupowych i ograniczenia ruchomości

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Odstąpienie od operacji ALIF u pacjenta z zaawansowaną dyskopatią może prowadzić do utrzymywania się lub nasilenia objawów. Bez stabilizacji uszkodzonego segmentu kręgosłupa, przewlekły ucisk na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy może powodować postępujący ból pleców i kończyn dolnych, ograniczając codzienne funkcjonowanie. Z czasem może dojść do dalszej degeneracji dysku, zwiększenia niestabilności kręgosłupa (np. pogłębienia kręgozmyku) lub zwężenia kanału kręgowego, co nasila objawy neurologiczne, takie jak drętwienie, osłabienie mięśni czy zaburzenia czucia. Nieleczona dyskopia może również prowadzić do przewlekłych zmian zapalnych wokół nerwów, zwiększając ryzyko trwałego uszkodzenia włókien nerwowych. U niektórych pacjentów rozwijają się przykurcze mięśniowe lub zmiany zwyrodnieniowe w stawach międzywyrostkowych, co dodatkowo komplikuje leczenie w przyszłości. Długotrwałe unikanie interwencji chirurgicznej może wymusić konieczność bardziej rozległych procedur w późniejszym czasie (np. wielopoziomowej fuzji), zwłaszcza jeśli dojdzie do destabilizacji sąsiednich segmentów kręgosłupa. Dodatkowo, brak poprawy jakości życia może wpływać negatywnie na zdrowie psychiczne, prowadząc do depresji lub przewlekłego zmęczenia związanego z bólem.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

STABILIZACJI PRZEDNIEJ ALIF L5/S1 KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ALIF L5/S1 kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu zabiegu oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ALIF L5/S1 kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ALIF L5/S1 kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu ostryżnięcia skóry preparatem triamcynolonu. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ALIF L5/S1 kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ALIF L5/S1 kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

pieczętka i podpis lekarza