



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 RESEKCJI GUZA SZYJNEGO RDZENIA KRĘGOWEGO I STABILIZACJI TYLNEJ C2-C5

### I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Guzy kanału kręgowego odcinka szyjnego to patologiczna masa rozwijająca się w obrębie kanału kręgowego, uciskająca korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy. Może być łagodny (np. oponiak, nerwiak osłonkowy) lub złośliwy (np. przerzuty nowotworowe). W przeciwieństwie do dyskopatii, która wynika ze zwyrodnienia dysków, guzy często rosną powoli, ale ich progresja zależy od typu histologicznego. Czynniki ryzyka obejmują predyspozycje genetyczne (np. neurofibromatoza) lub przebyte nowotwory.

Objawy obejmują ból szyi promieniujący do kończyn, drętwienie rąk, osłabienie mięśniowe oraz zaburzenia chodu. W przeciwieństwie do dyskopatii, ból często nasila się w nocy i nie ustępuje w spoczynku. W zaawansowanych przypadkach dochodzi do niedowładów lub dysfunkcji pęcherza. Diagnostyka opiera się na rezonansie magnetycznym (MRI) z kontrastem, który precyzyjnie ocenia rozmiar i lokalizację guza. W razie wątpliwości wykonuje się biopsję.

Leczenie zależy od typu guza. Łagodne zmiany usuwa się chirurgicznie z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych, minimalizując uszkodzenie rdzenia. W nowotworach złośliwych stosuje się radioterapię lub chemioterapię. Rokowanie jest dobre przy całkowitej resekcji guzów łagodnych, podczas gdy złośliwe wymagają długotrwałej terapii. Kluczowa jest wczesna diagnostyka, aby uniknąć trwałego uszkodzenia nerwów.

### II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operację wykonuje się w **znieczuleniu ogólnym**. 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 (laminektomia jedno- lub wielopoziomowa, itp). Usunięcie guza wymaga otwarcia worka oponowego. Resekcja guza może być całkowita lub tylko częściowa. Po etapie odbarczenia kolejnym jest etap stabilizacji. Pod kontrolą rtg wprowadza się różnego rodzaju śruby, a następnie łączy się je prętami. Czasem istnieje konieczność usunięcia dysku i wprowadzenia klatek międzyztrzonowych. W niektórych przypadkach w trakcie zabiegu stosowany jest tomograf komputerowy celem oceny położenia implantów. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg. 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 łóżko pooperacyjnej często zostaje umieszczony dren połączony z butelką Redona lub sącze, które mają 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.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### Oczekiwane korzyści obejmują:

1. Zmniejszenie lub eliminacja bólu związanego z uciskiem guza na struktury nerwowe.
2. Poprawa funkcji neurologicznych (np. ustąpienie drętwienia, mrowienia, osłabienia mięśni kończyn górnych).
3. Zapobieganie postępowi uszkodzenia rdzenia kręgowego (np. niedowładów, zaburzeń chodu, dysfunkcji pęcherza).
4. Całkowite usunięcie guza łagodnego, co może oznaczać trwałe wyleczenie.
5. Redukcja masy guza złośliwego, ułatwiająca skuteczność radioterapii lub chemioterapii.
6. Stabilizacja kręgosłupa w przypadku zniszczenia struktur przez guz.
7. Przywrócenie sprawności fizycznej i powrót do codziennych aktywności.
8. Zapobieganie powikłaniom (np. porażeniu czterokończynowemu, niewydolności oddechowej).

*(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

#### Radioterapia

Stosuje się radioterapię konwencjonalną lub stereotaktyczną radiochirurgię (np. Gamma Knife) do precyzyjnego napromieniania guza, zwłaszcza gdy jest nieoperacyjny lub pozostałości po resekcji. Redukuje rozmiar guza i hamuje wzrost nowotworów złośliwych. U pacjentów z przerzutami do kręgosłupa często łączy się ją z leczeniem systemowym.

#### Chemioterapia

Wykorzystywana głównie w guzach złośliwych (np. chłoniaki, przerzuty). Leki cytostatyczne (np. temozolomid) niszczą komórki nowotworowe, ale ich skuteczność zależy od typu histologicznego. W niektórych przypadkach stosuje się terapię celowaną (np. inhibitory kinaz) lub immunoterapię, która mobilizuje układ odpornościowy do walki z guzem.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

### Leczenie objawowe/bólowe

Kortykosteroidy (np. deksametazon) zmniejszają obrzęk wokół guza, łagodząc ucisk na rdzeń. Leki przeciwdrgawkowe (np. gabapentyna) lub opioidy (np. morfina) kontrolują ból neuropatyczny. W przypadku spastyczności mięśni stosuje się leki zwiotczające (np. baklofen). Blokady nerwowe z lekami znieczulającymi mogą tymczasowo redukować ból korzeniowy.

### Opieka paliatywna

Skupia się na poprawie jakości życia w zaawansowanych stadiach choroby. Obejmuje zarządzanie bólem, wsparcie psychologiczne oraz pomoc w codziennych czynnościach. W przypadku niestabilności kręgosłupa stosuje się ortozy szyjne lub zabiegi stabilizujące.

### Rehabilitacja

Po operacji lub w trakcie leczenia zachowawczego wprowadza się terapię ruchową (ćwiczenia wzmacniające mięśnie szyi i kończyn), fizykoterapię (np. magnetoterapia, laser) oraz neurologopedyczną pomoc przy zaburzeniach połykania lub mowy.

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

Do częściej występujących powikłań, które mogą pojawić się w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą:

1. Ryzyko przejściowego lub trwałego wystąpienia zaburzeń ruchowych i/lub czuciowych o charakterze zaburzeń czucia powierzchniowego, głębokiego, zaburzeń funkcji zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu, zaburzeń funkcji seksualnych, drętwienia oraz mrowienia wynikających z manipulacji w okolicy korzeni nerwowych.
2. Zakażenia
  - a) rany pooperacyjnej,
  - b) zakażenie poza miejscem operacji – np. infekcja dróg moczowych, zapalenie płuc,
  - c) zakażenie wirusem zapalenia wątroby,
  - d) uogólnione zakażenia.
3. Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Płynotok ma wpływ na przebieg gojenia się rany oraz zwiększa ryzyko infekcji. Płynotok może wymagać uszczelniania rany pooperacyjnej, zastosowania zewnętrznego drenażu lędźwiowego lub reoperacji. Ryzyko wystąpienia płynotoku jest większe w grupie chorych operowanych po raz kolejny.
4. Bezpośrednie niezamierzone uszkodzenie struktur nerwowych.
5. Obrzęk lub niedokrwienie rdzenia kręgowego mogące spowodować przejściowe lub trwałe pogorszenie stanu neurologicznego.
6. Powstanie pooperacyjnych zrostów powierzchni rdzenia kręgowego z oponami mózgowo-rdzeniowymi, mogących spowodować wystąpienie zespołu bólowego i/lub pogorszenie stanu neurologicznego.
7. Powstanie jamy syringomielicznej rdzenia kręgowego, mogącej spowodować wystąpienie zespołu bólowego i/lub pogorszenie stanu neurologicznego.
8. 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 wymaga może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi.
9. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.
10. Wystąpienie zaburzeń stabilności kręgosłupa, mogących spowodować wystąpienie zespołu bólowego i/lub pogorszenie stanu neurologicznego, co może wymagać wtórnej stabilizacji.
11. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia.

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.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

**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.

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.

**Przebyty 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.

**Żyłaki 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.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

**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.

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

Ryzyko powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[ ] duże

## VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

### Prognoza pooperacyjna

W przypadku guzów łagodnych (np. nerwiaki osłonkowe, oponiaki) całkowita resekcja zwykle prowadzi do trwałego wyleczenia. Ból i objawy neurologiczne (drgawienie, osłabienie rąk) ustępują stopniowo w ciągu kilku miesięcy, choć pełna regeneracja uszkodzonych nerwów może zająć nawet rok, szczególnie przy długotrwałym ucisku. U pacjentów z guzami złośliwymi (np. przerzuty, glejaki) rokowanie zależy od typu nowotworu i skuteczności terapii adjuwantowej (chemioterapia, radioterapia). Nawroty są częstsze, wymagając długoterminowej obserwacji.

### Powikłania odległe

1. Nawrót guza – szczególnie w przypadku resekcji niecałkowitej lub nowotworów złośliwych.
2. Niestabilność kręgosłupa – po rozległej resekcji kości lub usunięciu kilku segmentów, co może wymagać dodatkowej stabilizacji.
3. Przewlekły ból lub deficyty neurologiczne – np. osłabienie mięśni, zaburzenia czucia, jeśli doszło do nieodwracalnego uszkodzenia rdzenia.
4. Powikłania po radioterapii – zwłóknienie tkanek, uszkodzenie rdzenia lub korzeni nerwowych (rzadko).
5. Zespół opony twardej – bliznowacenie w kanale kręgowym, prowadzące do ponownego ucisku.

Ryzyko odległych powikłań

[ ] małe

[ ] średnie

[X] duże

## VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia operacyjnego guza rdzenia szyjnego prowadzi do nieodwracalnych konsekwencji. Guz stopniowo powiększa się, nasilając ucisk na rdzeń kręgowy i korzenie nerwowe, co skutkuje trwałym uszkodzeniem nerwów: niedowładem lub porażeniem kończyn, utratą czucia, a nawet niewydolnością pęcherza/jelit. Ból szyi i kończyn nasila się, stając się oporny na leki, a osłabienie mięśni uniemożliwia codzienne czynności. W przypadku guzów złośliwych istnieje ryzyko przerzutów i niewydolności oddechowej. Niestabilność kręgosłupa może spowodować złamania, a blokada przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego – wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Opóźnienie leczenia ogranicza późniejsze opcje terapeutyczne, gdyż guz może stać się nieoperacyjny. Jakość życia znacząco spada – od utraty samodzielności po depresję związaną z niepełnosprawnością. W skrajnych przypadkach (np. agresywne nowotwory) brak interwencji skraca życie.

(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

### RESEKCJI GUZA SZYJNEGO RDZENIA KRĘGOWEGO I STABILIZACJI TYLNEJ C2-C5

W dniu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ lekarz .....  
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5**.

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 resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5.**

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 resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5.**

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 resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5. 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 resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5** 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 resekcji guza szyjnego rdzenia kręgowego i stabilizacji tylnej C2–C5.**

*(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