



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 OPERACJI USUNIĘCIA GUZA NERWU OBWODOWEGO (NERWIAKA)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Nerwiaki stanowią zróżnicowaną pod względem histopatologicznym grupę nowotworów wywodzących się z komórek obwodowego układu nerwowego. Nowotwory te mogą występować w różnych lokalizacjach w organizmie.

Na podstawie różnic wynikających z budowy histologicznej nerwiaków oraz komórek, z jakich się wywodzą można podzielić je na kilka następujących rodzajów: neuroblastoma czyli nerwiak zarodkowy, nerwiak osłonkowy (schwannoma), MPNST (malignant peripheral nerve sheath tumor) złośliwe nowotwory osłonek nerwów obwodowych Nerwiakowłókniak, nerwiak pourazowy.

Objawy obejmują ból, zaburzenia czucia, dodatni objaw Tinela, reakcję na diagnostyczną blokadę nerwową oraz obecność nerwiaka w diagnostyce obrazowej (USG lub rezonans magnetyczny).

Pobrany śródoperacyjnie materiał poddany jest badaniu histopatologicznemu, którego wynik wpływa na dalsze postępowanie terapeutyczne.

Dodatkowe informacje: rokowania w przypadku nerwiaków są bardzo różne w zależności od charakteru zmiany nowotworowej. Większość nerwiaków osłonkowych ma bardzo dobre rokowania i ich usunięcie powoduje ustąpienie objawów choroby. W przypadku nerwiaka zarodkowego rokowania są poważne a leczenie długie i skomplikowane.

Czas trwania zabiegu to 1-4 godzin, pobyt w klinice 1-4 dni.

Diagnoza i leczenie guza nerwu obwodowego. Rozpoznanie nerwiaka opiera się na dokładnym wywiadzie i badaniu fizykalnym i powinno być potwierdzone zgodnie z proponowanymi kryteriami, ból z co najmniej 3 kwalifikującymi się cechami „neuropatycznymi”, objawy w określonym anatomicznym rozmieszczeniu nerwów oraz historię urazu nerwu lub podejrzenie urazu nerwu, dodatni wynik testu Tinela podczas badania w miejscu lub wzdłuż miejsca podejrzanego uszkodzenia nerwu, tkliwość, ból podczas badania w miejscu lub wzdłuż miejsca podejrzanego uszkodzenia nerwu, dodatnia reakcja na diagnostyczne wstrzyknięcie **środku znieczulającego miejscowo**, potwierdzenie nerwiaka za pomocą ultrasonografii lub rezonansu magnetycznego.

Wybór odpowiedniej techniki chirurgicznej uzależniony jest od obrazu śródoperacyjnego. Obecność dużego guza wykazującego cechy naciekania okolicznych tkanek, z obecnością ognisk martwicy i wynaczynień, z uwagi na podejrzenie złośliwości stanowi wskazanie do wykonania biopsji. Guzy łagodne można w całości usunąć. Usunięcie nerwiaka osłonkowego możliwe jest bez, lub z nieznacznym naruszeniem struktury pęczkowej, ponieważ przez jego masę nie przechodzą pęczki włókien nerwowych. W przypadku leczenia nerwiakowłókniaka występuje większe ryzyko pooperacyjnego deficytu neurologicznego ze względu na charakter rozrostu zmiany.

Odstąpienie od leczenia rozpoznanej u Pani/Pana choroby może spowodować nasilenie objawów doprowadzających w efekcie do poważnego i trwałego uszczerbku na zdrowiu.



II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja nerwiaka polega na wykonaniu nacięcia nad problematycznym obszarem. Następnie identyfikuje się pogrubiony nerw i usuwa guz lub wycina nerw z guzem. W niektórych przypadkach możliwa jest rekonstrukcja nerwu. Podczas operacji może być założona opaska uciskowa, aby zapobiec krwawieniu z obszaru operowanego. Usunięcie guza może mieć wpływ na zdolność np. poruszania, odczuwania bólu temperatury i dotyku. Zależnie od miejsca i rodzaju operacji może być wymagane czasowe unieruchomienie kończyny, co wiąże się z zanikiem mięśni. Należy temu przeciwdziałać poprzez rehabilitację i zastosowanie fizykoterapii.

W przypadku dolegliwości bólowych po operacji zlecone będą leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków przeciwbólowych odczuwać będzie Pani/Pan ból, 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 poinformować personel medyczny.

Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka. W pewnych przypadkach, jeżeli będzie taka konieczność, może być podjęta decyzja o przekazaniu chorego bezpośrednio z sali operacyjnej na Oddział Intensywnej Terapii bez wcześniejszego wybudzania. Procedura leczenia chirurgicznego związana jest zawsze z ryzykiem powikłań. Dlatego jest bardzo ważne, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się ze związanym z planowaną operacją ryzykiem i możliwymi pooperacyjnymi powikłaniami.

Oczekiwane korzyści obejmują: ustąpienie lub zmniejszenie bólu i objawów towarzyszących, zmniejszenie ryzyka wystąpienia niedowładów i zaburzeń czucia z obszaru zaopatrywanego przez dany nerw.

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

III. Zalecenia pooperacyjne

Po operacji oszczędzanie operowanej części ciała przez okres 2-3 tygodni. Po wyjściu ze szpitala będzie Pani/Pan wymagał/a kontroli ambulatoryjnej. Należy utrzymywać ranę pooperacyjną w czystości zgodnie z zaleceniami lekarskimi i pielęgnarskimi. Szwy zdejmuje się zwykle po 7 dniach od operacji. Należy utrzymywać operowaną kończynę w cieple, unikać stresu. Wskazane jest wczesne rozpoczęcie rehabilitacji dostosowanej do indywidualnych wskazań pacjenta. W razie potrzeby należy stosować leki przeciwbólowe zalecone przez lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Aktualnie nie dysponujemy innymi metodami leczenia.

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

Powikłania związane z proponowaną procedurą medyczną: infekcja wymagająca podania antybiotyków i dalszego leczenia, ból, zasinienia i/lub infekcja w miejscu wkłucia kaniuli dożylniej, co może wiązać się z antybiotykoterapią, wystąpienie krwawienia, które może wymagać reoperacji, krwawienie występuje częściej, jeśli pacjent przyjmował leki rozrzedzające krew, takie jak: warfaryna, aspiryna, kłopidogrel (Plavix lub Iscover), dipirydamol (Persantin lub Asasantin), opóźnione gojenie się skóry, nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów, przedłużony obrzęk pooperacyjny, tworzenie się grubych lub wrażliwych blizn, nerwiak kikutowy (występuje, gdy nerw próbuje się zregenerować, co zdarza się rzadko jeśli tak się stanie, pierwotne objawy, które występowały, mogą powrócić, leczenie może obejmować serię zastrzyków steroidowych lub ponowną operację).

Po operacji mogą wystąpić zaburzenia czucia, ból i obniżenie funkcji w okolicy rany lub w obszarze unerwianym przez dany nerw jako stan przejściowy lub trwały.



Zwiększone ryzyko infekcji występuje m.in. u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.

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 zdarzeniami niepożądanymi, które występują w praktyce klinicznej. Należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidywania, czy nawet zupełnie nieoczekiwane.

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

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

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali np.: POSSUM _____

Dla zabiegów „małych” Ryzyko powikłań [] małe [] średnie [] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prognoza odległa zależy przede wszystkim od typu nerwiaka, wieku pacjenta i występowania chorób współistniejących, stopnia zaawansowania choroby oraz innych czynników.

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacyjnego leczenia nerwiaka może doprowadzić do stopniowej progresji choroby, obniżenia funkcji nerwu.

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



IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji

USUNIĘCIA GUZA NERWU OBWODOWEGO (NERWIAKA)

W dniu ____/____/____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka)**.

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 operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw 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 operacji 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 operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji 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



W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka).

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 zaproponowanej operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka).

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 operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



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/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem/am odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem/am pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

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 **operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka)** 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 sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie operacji usunięcia guza nerwu obwodowego (nerwiaka).**
(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