



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 DYSCEKTOMII L3-L4 BOCZNEJ KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa to choroba zwyrodnieniowa krążków międzykręgowych w dolnej części kręgosłupa (odcinku L4-L5 i L5-S1). Polega na stopniowym niszczeniu struktury dysku – jego zewnętrzna warstwa (pierścień włóknisty) staje się słabsza, a miękki środek (jądro miazdżyste) przemieszcza się, uciskając korzenie nerwowe lub kanał kręgowy. Proces ten wynika z naturalnego starzenia, przeciążeń, urazów lub predyspozycji genetycznych.

Typowe objawy to ból dolnej części pleców promieniujący do nogi (tzw. rwa kulszowa), drętwienie stopy lub łydki, osłabienie mięśni (np. trudności ze staniem na palcach) oraz sztywność kręgosłupa. W zaawansowanych przypadkach może pojawić się zaburzenie czucia w okolicy krocza lub problemy z kontrolą zwieraczy (zespół ogona końskiego – stan nagły!). Rozpoznanie stawia się na podstawie badania neurologicznego oraz rezonansu magnetycznego (MRI), który dokładnie pokazuje stopień uszkodzenia dysku i ucisk na nerwy.

Choroba rozwija się latami – początkowo ból jest okresowy, nasilający się przy schylaniu lub siedzeniu. Z czasem objawy stają się trwałe, utrudniając chodzenie czy sen. Leczenie zaczyna się od metod zachowawczych: fizjoterapii wzmacniającej mięśnie core, leków przeciwzapalnych i zastrzyków nadtwardówkowych. Gdy te zawiodą, a ucisk nerwu powoduje niedowłady lub silny ból oporny na leki, rozważa się operację (np. dyscektomię). Bez leczenia może dojść do trwałego uszkodzenia nerwów.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja wykonywana jest 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 (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 przeprowadzanym zabiegiem. 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 loży 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.

Głównym celem dyscektomii jest szybkie zniesienie ucisku na korzenie nerwowe, co w większości przypadków prowadzi do natychmiastowej redukcji bólu nóg (rwy kulszowej) – nawet w ciągu pierwszych dni po operacji. Pacjenci często odzyskują możliwość chodzenia bez drętwienia czy "prądu" w nodze już po 1-2 tygodniach. W ciągu 4-6 tygodni



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

wraca podstawowa sprawność: siadanie, wchodzenie po schodach czy prowadzenie samochodu. Pełny powrót do pracy fizycznej możliwy jest po 3-4 miesiącach, pod warunkiem systematycznej rehabilitacji. Długoterminowo zabieg zapobiega trwałemu uszkodzeniu nerwów, takiemu jak zanik mięśni czy niedowłady, oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia zespołu ogona końskiego. U ponad większości pacjentów poprawa utrzymuje się przez lata, pozwalając na aktywność bez konieczności stałego przyjmowania silnych leków przeciwbólowych.

(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

Pierwszym etapem są zawsze metody nieoperacyjne. Obejmują one specjalistyczną fizjoterapię skupioną na wzmacnianiu mięśni głębokich brzucha i grzbietu (tzw. core stability), techniki manualne rozluźniające oraz neuromobilizację nerwu kulszowego. Farmakoterapia opiera się na niesteroidowych lekach przeciwzapalnych (NLPZ), lekach rozluźniających mięśnie (np. tolperyzon) oraz w ostrym bólu – krótkotrwałym podawaniu opioidów. U pacjentów z silną rwą kulszową stosuje się iniekcje steroidów do przestrzeni nadtwardówkowej, które redukują obrzęk korzeni nerwowych. Kluczowa jest modyfikacja stylu życia: redukcja masy ciała, unikanie dźwigania oraz ergonomia pracy. Małoinwazyjne zabiegi przezskórne

Gdy ucisk nerwu powoduje niedowłady lub ból jest oporny na leczenie, konieczna bywa operacja. Dyscektomia mikrochirurgiczna to złoty standard – przez 2-3 cm cięcie usuwa się fragment dysku uciskający nerw. Dyscektomia endoskopowa pozwala na operację przez nacięcie <1 cm pod kontrolą kamery, zmniejszając uszkodzenie mięśni. W przypadku współistniejącej niestabilności lub zmian zwyrodnieniowych wykonuje się fuzję kręgosłupa z implantem klatki międzytrzonowej i stabilizacją śrubami. Decyzja zależy od wieku pacjenta, typu przepukliny i stanu kości.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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.

1. Infekcje:

- a) 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 przewlekłe leki sterydowe),
- b) infekcje głębokie- występują rzadziej, a obejmują m.in. przestrzeń międzykręgową (tzw. discitis), ropień nadtworówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- c) 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 przewlekłe leki sterydowe, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkluciem centralnym.

2. Niezamierzone otwarcie worka oponowego mogące spowodować wyciek płynu mózgoworodzeniowego. 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 dyskopia 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 dyskopia 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.
 - a) duże naczynia krwionośne (tętnice, żyły), których uszkodzenie może spowodować masywny krwotok. Leczenie tego powikłania wymagać może interwencji chirurgicznej i/lub transfuzji krwi,
 - b) 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

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.

Każdy z tych stanów wymaga indywidualnego planowania operacji, ścisłej współpracy z anestezjologiem oraz czasem odroczenia zabiegu do poprawy kontroli choroby.

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

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Rokowanie po zabiegu dyscektomii jest w większości przypadków pomyślne. Pacjenci często odczuwają znaczną ulgę w bólu nóg (związanym z rwą kulszową) już w ciągu kilku tygodni po operacji. Pełny powrót do codziennych aktywności, w tym pracy, trwa zwykle od trzech do sześciu miesięcy. Skuteczność leczenia zależy od typu przepukliny krążka międzykręgowego, wieku pacjenta oraz przestrzegania zaleceń pooperacyjnych. Kluczowe znaczenie ma unikanie dźwigania, ograniczanie długotrwałego siedzenia oraz systematyczna rehabilitacja. Długoterminowe obserwacje wskazują, że u większości pacjentów poprawa utrzymuje się przez lata.

Późne powikłania występują u części pacjentów i należą do nich przede wszystkim nawrót przepukliny w tym samym segmencie kręgosłupa, zwykle w ciągu pierwszego roku po operacji. Inne problemy to tworzenie się blizny w kanale kręgowym, która może uciskać nerwy i powodować podobne objawy jak przed zabiegiem. U niektórych osób rozwija się przewlekły ból korzeniowy związany z podrażnieniem nerwów. W rzadkich sytuacjach dochodzi do niestabilności operowanego odcinka kręgosłupa, wymagającej dodatkowej stabilizacji. Szacuje się, że część pacjentów może wymagać reoperacji w ciągu 10 lat od pierwszego zabiegu.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Decyzja o rezygnacji z proponowanej dyscektomii wiąże się z ryzykiem utrwalenia lub pogłębienia problemów. U większości pacjentów z dużymi przepuklinami uciskającymi nerwy objawy (rwą kulszową, osłabienie mięśni) nie ustąpią samoistnie i mogą się nasilać. W ciągu 3-6 miesięcy może dojść do trwałego uszkodzenia nerwów, objawiającego się zanikami mięśni, niedowładami lub zaburzeniami czucia. Przewlekły ucisk korzeni nerwowych sprzyja rozwojowi neuropatii, prowadząc do opornego na leki bólu, który znacząco ogranicza codzienne funkcjonowanie. U części pacjentów dochodzi również do pogorszenia kontroli zwieraczy (rzadko) lub trwałego kalectwa. Długotrwałe unieruchomienie z powodu bólu zwiększa ryzyko depresji, otyłości i innych schorzeń ogólnoustrojowych. W skrajnych przypadkach nieleczone masywne przepuklina może wywołać zespół ogona końskiego, wymagający pilnej interwencji.

(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

DYSCEKTOMII L3-L4 BOCZNEJ KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej dyscektomii L3–L4 bocznej 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 dyscektomii L3–L4 bocznej 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 dyscektomii L3–L4 bocznej 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 dyscektomii L3–L4 bocznej kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. 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 dyscektomii L3–L4 bocznej 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 dyscektomii L3–L4 bocznej 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