



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 ACDF KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani dyskopatię kręgosłupa szyjnego na poziomie(ach) _____.
Dyskopatia szyjna to choroba zwyrodnieniowa krążków międzykręgowych (dysków) w odcinku szyjnym kręgosłupa, która prowadzi do ich dehydratacji (wysuszenia), zmniejszenia grubości, sprężystości lub przemieszczenia się. Te zmiany mogą uciskać korzenie nerwowe wychodzące z rdzenia kręgowego lub sam rdzeń kręgowy, powodując różne objawy neurologiczne.

Dyskopatia szyjna występuje często, zwłaszcza u osób po 40. roku życia. Czynniki ryzyka obejmują długotrwałe przebywanie w pozycji z głową pochyloną do przodu (np. podczas pracy przy komputerze), urazy szyi, przeciążenia mechaniczne, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu oraz predyspozycje genetyczne.

Objawy zależą od stopnia uszkodzenia dysku i lokalizacji ucisku. Typowe to ból szyi promieniujący do ramion, łopatek lub rąk (rwa barkowa), drętwienie lub mrowienie w palcach, osłabienie mięśni rąk, a także sztywność karku. W ciężkich przypadkach, gdy ucisk dotyczy rdzenia kręgowego, mogą wystąpić objawy mielopatii szyjnej (zaburzeniami czucia kończyn górnych, dolnych z osłabieniem siły mięśni w kończynach, niezgrabnym chodem, zaburzeniem funkcji zwieraczy (nietrzymaniem moczu i stolca). Ból często nasila się przy ruchach głowy, np. skłonach lub skrętach.

Nieleczona dyskopia szyjna może prowadzić do przewlekłego bólu, trwałego uszkodzenia nerwów, zwężenia kanału kręgowego (stenoza) lub destabilizacji segmentu kręgosłupa. W diagnostyce stosuje się badanie neurologiczne oraz badania obrazowe, takie jak rezonans magnetyczny (MRI) lub tomografia komputerowa (CT), które pokazują dokładne zmiany w dyskach i stopień ucisku na nerwy.

Leczenie zaczyna się od metod zachowawczych: fizjoterapii wzmacniającej mięśnie szyi, leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, a czasem zastrzyków steroidowych w okolice nerwów. W przypadku braku poprawy, nasilenia niedowładów lub zagrożenia uszkodzeniem rdzenia, rozważa się operację. Zabiegi chirurgiczne mogą obejmować usunięcie uszkodzonego dysku (dyscektomia), stabilizację kręgów lub zastąpienie dysku protezą. Ważna jest profilaktyka, np. ergonomiczna praca, regularne ćwiczenia i unikanie przeciążeń.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operacja wykonywana jest **znieczuleniu ogólnym** po stałą opieką zespołu anestezjologicznego. Zabieg operacyjny wykonuje zespół neurochirurgiczny (operator, asysta). Polega na nacięciu skóry szyi nad miejscem objętym chorobą.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W następnej kolejności lekarz odpreparuje znajdujące się w tym miejscu struktury anatomiczne szyi (mięśnie, naczynia krwionośne, nerwy, tchawica, przełyk). Po usunięciu zwyrodniałego jądra miażdżystego w jego miejsce wstawiony zostanie implant mający na celu ustabilizowanie sąsiadujących trzonów kręgowych. O doborze odpowiedniego rodzaju implantu decyduje śródoperacyjnie przeprowadzający zabieg lekarz. Zastosowanie implantów może mieć wpływ na ryzyko związane z przeprowadzanym zabiegiem. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie neurochirurg.

Oczekiwane korzyści obejmują:

- 1) Zmniejszenie bólu,
- 2) Poprawa ruchomości szyi,
- 3) Ustąpienie drętwienia i osłabienia rąk, nóg,
- 4) Zapobieganie dalszemu uszkodzeniu nerwów,
- 5) Szybszy powrót do codziennych aktywności.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej, przyjmowania leków przeciwbólowych, higieny rany pooperacyjnej, rehabilitacji.

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.

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

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

- 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 przewlekle leki sterydowe),
 - b) infekcje głębokie - występują rzadziej, a obejmują m.in. przestrzeń międzykręgową (tzw. discitis), ropień nadtwardówkowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- c) 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 przewlekłe leki sterydowe, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.
- 2) Niezamierzone otwarcie worka oponowego mogące spowodować wyciek płynu mózgowodzeniowego. 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 powierzchniowego, głębokiego, drętwienia oraz mrowienia wynikających z manipulacji w okolicy korzeni nerwowych.
- 4) Przemieszczenie się implantu mogące spowodować nawrót dolegliwości, bólowych i/lub wystąpienie/nasilenie się objawów neurologicznych, co może wymagać ponownej operacji.
- 5) Wystąpienie zaburzeń stabilności kręgosłupa, mogące wymagać wtórnej stabilizacji.

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) przełyk, tchawicę;
- 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

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

Cukrzyca zwiększa ryzyko operacyjne poprzez zaburzenia gojenia ran i większą podatność na infekcje. Wysoki poziom glukozy we krwi osłabia układ odpornościowy i uszkadza naczynia krwionośne, co utrudnia walkę z zakażeniami oraz dostarczanie składników odżywczych do tkanek. Dodatkowo cukrzyca może prowadzić do neuropatii (uszkodzenia nerwów), co utrudnia kontrolę bólu po operacji. Ryzyko powikłań sercowych lub nerkowych również rośnie.

Nadciśnienie tętnicze

Nieleczone lub źle kontrolowane nadciśnienie obciąża serce i naczynia krwionośne, zwiększając ryzyko krwawień podczas operacji lub nagłych skoków ciśnienia. Może to prowadzić do zawału serca, udaru lub uszkodzenia nerek. Anestezjologowie muszą ostrożnie dobierać leki, by uniknąć niebezpiecznych wahań ciśnienia, które destabilizują pracę mózgu i innych narządów.

Migotanie przedsionków

Migotanie przedsionków sprzyja powstawaniu skrzepów krwi w sercu, które mogą oderwać się podczas operacji i spowodować zator (np. udar). Pacjenci przyjmujący leki rozrzedzające krew (np. warfaryna) są narażeni na krwawienia śródoperacyjne. Dodatkowo arytmia może nasilać niewydolność serca, utrudniając utrzymanie stabilnego krążenia podczas zabiegu.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Przebyty udar niedokrwienny

Udar w przeszłości oznacza zwiększone ryzyko kolejnego udaru podczas operacji, zwłaszcza przy spadkach ciśnienia lub zaburzeniach krzepnięcia. Uszkodzone obszary mózgu mogą gorzej tolerować niedotlenienie lub wahania przepływu krwi. Ponadto pacjenci po udarze często mają miażdżycę lub choroby serca, które dodatkowo podnoszą ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych.

Insulinooporność zwiększa ryzyko infekcji ran oraz problemów z gojeniem, a także utrudnia kontrolę poziomu cukru we krwi po operacji, co wymaga ścisłej współpracy z diabetologiem.

Astma może prowadzić do trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych pod wpływem znieczulenia, zwłaszcza przy użyciu substancji drażniących oskrzela, co wymaga dostosowania technik anestezjologicznych.

Niedoczynność tarczycy spowalnia metabolizm organizmu, co może wydłużać czas eliminacji leków i regeneracji po zabiegu, a także nasilać uczucie zmęczenia.

Jaskra wiąże się z ryzykiem wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego podczas długotrwałego leżenia na brzuchu (częstej pozycji w operacjach kręgosłupa) lub po podaniu leków wpływających na ciśnienie, takich jak kortykosteroidy.

Zwapienia w płucach ograniczają wydolność oddechową, co jest szczególnie istotne przy znieczuleniu ogólnym.

Dyslipidemia (np. wysoki cholesterol) zwiększa ryzyko zakrzepicy, miażdżycy i innych powikłań sercowo-naczyniowych, które mogą destabilizować przebieg operacji i rekonwalescencji.

Żyłaki kończyn dolnych predysponują do powstania zakrzepów żylnych po zabiegu, zwłaszcza przy długim unieruchomieniu.

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)

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy poooperacyjnej i powikłań odległych

Po zabiegu większość pacjentów odczuwa stopniową poprawę. W ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy zmniejsza się ból szyi i promieniujący do ramion czy rąk, ponieważ usunięty dysk przestaje uciskać nerwy. Drętwienie i osłabienie mięśni rąk często ustępują, choć pełna regeneracja uszkodzonych nerwów może zająć więcej czasu, zwłaszcza jeśli ucisk trwał długo. Nie zawsze można uzyskać pełną regenerację

Stabilizacja kręgosłupa poprzez połączenie kręgów implantem zwykle ogranicza nieznacznie ruchomość szyi, ale większość osób adaptuje się do tego i nie ma problemów z codziennymi czynnościami, jak prowadzenie samochodu czy praca przy biurku. Długoterminowo zabieg zapobiega dalszemu uszkodzaniu nerwów lub rdzenia kręgowego, co może zatrzymać postęp np. niedowładów czy problemów z chodzeniem.

U około większości pacjentów efekty są trwałe, a nawroty dolegliwości w operowanym segmencie są rzadkie. Jednak z czasem inne dyski w kręgosłupie mogą się zużywać (tzw. choroba sąsiednich segmentów), dlatego ważne jest dbanie o postawę ciała i unikanie przeciążeń. Powikłania, takie jak przejściowa chrypka czy trudności w przełykaniu, występują



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

rzadko i zwykle ustępują samoistnie.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[X] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Jeśli nie wykonuje się zabiegu ACDF w zaawansowanej dyskopatii szyjnej, objawy mogą się nasilać. Ucisk na nerwy lub rdzeń kręgowy przez uszkodzony dysk często prowadzi do postępującego osłabienia rąk, trwałego drętwienia palców lub zaburzeń czucia, które z czasem stają się nieodwracalne. Ból szyi i ramion może przejść w stan przewlekły, utrudniając codzienne czynności, np. pracę przy komputerze czy sen. W ciężkich przypadkach, gdy ucisk dotyczy rdzenia kręgowego, mogą rozwinąć się poważne problemy z chodzeniem, utrata równowagi, a nawet nietrzymanie moczu lub stolca (zespół uszkodzenia rdzenia). Nieleczona dyskopatia szyjna zwiększa też ryzyko zwężenia kanału kręgowego(stenoza) lub destabilizacji kręgosłupa, co wymagałoby w przyszłości bardziej skomplikowanej operacji. Długotrwały stan zapalny wokół uszkodzonego dysku może przyspieszać zwyrodnienie sąsiednich segmentów kręgosłupa, prowadząc do kolejnych przepuklin. U części pacjentów dochodzi też do zaniku mięśni rąk z powodu przewlekłego uszkodzenia nerwów, co ogranicza sprawność manualną. Leczenie zachowawcze (fizjoterapia, leki) często łagodzi objawy, ale nie zawsze zatrzymuje postęp choroby.

(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 ACDF KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ACDF kręgosłupa szyjnego**

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 ACDF kręgosłupa szyjnego _____.

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 ACDF kręgosłupa szyjnego _____.

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 zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ACDF kręgosłupa szyjnego. 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.

_____ 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 ACDF kręgosłupa szyjnego** _____ 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 zaproponowanego zabiegu stabilizacji przedniej ACDF kręgosłupa szyjnego** _____.

(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