



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 OLIF L2-L5 KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani niestabilność kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z destabilizacją implantu. Niestabilność kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z destabilizacją implantu to powikłanie, które może wystąpić po operacji stabilizacji kręgosłupa. Polega na utracie prawidłowej funkcji implantu (np. śrub, płytek lub klatek międzytrzonowych), który początkowo miał utrzymywać stabilność operowanego segmentu. Do destabilizacji dochodzi najczęściej wtedy, gdy implant ulegnie poluzowaniu, przesunięciu lub złamaniu, co zaburza proces gojenia i fuzji kostnej.

Przyczyną tego stanu może być niewystarczające zrośnięcie się kości (brak fuzji), co prowadzi do nadmiernego obciążenia implantu. Inne czynniki to przeciążenia mechaniczne (np. dźwiganie ciężarów), infekcje w okolicy operowanej, słaba jakość kości (np. w osteoporozie) lub błędy techniczne podczas zabiegu, takie jak nieprawidłowe umieszczenie śrub.

Objawy obejmują nawrót silnego bólu w dolnej części pleców, który może promieniować do nogi, uczucie „przesuwania” się kręgów podczas ruchu, a także pogorszenie sprawności fizycznej. W cięższych przypadkach może dojść do nasilenia niedowładów, drętwienia kończyn lub zaburzeń w kontroli zwieraczy, zwłaszcza jeśli destabilizacja powoduje ucisk na nerwy.

Diagnostyka opiera się na badaniach obrazowych. Zdjęcie rentgenowskie (RTG) pozwala ocenić położenie implantu, tomografia komputerowa (CT) precyzyjnie pokazuje stan kości i ewentualne pęknięcia, a rezonans magnetyczny (MRI) służy do oceny tkanek miękkich, takich jak nerwy czy dyski.

Leczenie zależy od stopnia destabilizacji. W łagodniejszych przypadkach stosuje się terapię zachowawczą: leki przeciwbólowe, fizjoterapię wzmacniającą mięśnie przykręgosłupowe oraz tymczasowe unieruchomienie za pomocą gorsetu ortopedycznego. Jeśli jednak implant jest poważnie uszkodzony lub występują deficyty neurologiczne (np. osłabienie mięśni), konieczna jest rewizja chirurgiczna. Zabieg może obejmować wymianę implantu, usunięcie ognisk infekcji lub dodatkowe wzmocnienie kości (np. cementem kostnym w osteoporozie).

Rokowanie jest zazwyczaj dobre po skutecznej rewizji operacyjnej, ale kluczowa jest współpraca z fizjoterapeutą, aby odbudować stabilność mięśniową i uniknąć nawrotów. W przypadku infekcji lub ciężkiej osteoporozy leczenie może być bardziej złożone i wymagać długotrwałej rehabilitacji.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Operację wykonuje się w **znieczuleniu ogólnym**. Po odkażeniu pola operacyjnego wykonuje się skośne nacięcie skóry na bocznej powierzchni tułowia. Po rozsunięciu lub częściowym przecięciu mięśni ściany brzucha, czasem także usunięciu żebra 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

rentgenowskim. Po odsunięciu mięśnia biodrowo-lędźwiowego oraz zabezpieczeniu naczyń retraktorami, 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 (płyta i/lub pręty). Kontrola hemostazy. Z łoży pooperacyjnej na zewnątrz wyprowadzany jest dren. Szycie warstwowe powłok.

Oczekiwane korzyści obejmują:

1. **Zmniejszenie bólu** - usunięcie 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

1. **Stabilizacja tylna**
Polega na wprowadzeniu śrub pedikularnych i prętów, które zapewniają wsparcie kręgosłupa.
2. **Iniekcje sterydowe i blokady nerwowe**



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W przypadku bólu związanego z niestabilnością można zastosować iniekcje sterydowe lub blokady nerwowe. Zmniejszają one stan zapalny i łagodzą ból, co pozwala pacjentowi na bardziej efektywną rehabilitację.

3. Noszenie gorsetu ortopedycznego

Gorsety stabilizujące mogą być stosowane w celu tymczasowego wsparcia kręgosłupa. Redukują ruchomość w niestabilnym segmencie, co zmniejsza ból i pozwala na regenerację tkanek.

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, nikotyzm 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,
- krwaki 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/utrata 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.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

niedokrwienno. Jednocześnie konieczność stosowania leków przeciwzakrzepowych w celu prewencji udaru może zwiększać ryzyko krwawienia podczas samego zabiegu.

Przebyty udar niedokrwienno 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 anestetycznych 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 pękanie 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 niedokrwienno 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.

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)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prognoza po operacji OLIF L2-L5 jest w większości przypadków dobra, szczególnie jeśli chodzi o zmniejszenie bólu i poprawę mobilności. Większość pacjentów odczuwa znaczną ulgę w bólu pleców lub nóg już w ciągu kilku tygodni po zabiegu, a pełna regeneracja może potrwać kilka miesięcy. Sukces zależy od wieku pacjenta, stanu kości (np. osteoporozy) oraz przestrzegania zaleceń pooperacyjnych, takich jak unikanie dźwigania czy fizjoterapia.

Późne powikłania po zabiegu OLIF L2-L5 występują rzadko, ale mogą obejmować problemy takie jak brak zrośnięcia kości (tzw. pseudartroza), które prowadzi do nawrotu bólu lub niestabilności kręgosłupa. U części pacjentów z czasem dochodzi też do degeneracji sąsiednich segmentów kręgosłupa (tzw. choroba sąsiedniego segmentu), ponieważ te obszary przejmują większe obciążenie po usztywnieniu operowanego odcinka. Inne możliwe powikłania to przewlekły ból związany z utrwalonymi zmianami zwyrodnieniowymi lub uszkodzeniem nerwów podczas zabiegu. U nielicznych osób obserwuje się też obłuzowanie lub przemieszczenie implantów, zwłaszcza u pacjentów z osteoporozą lub nadmierną aktywnością fizyczną po operacji.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[X] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Odstąpienie od operacji OLIF L2-L5 u pacjenta z zaawansowaną stenozą istnieje ryzyko pogłębienia się niestabilności, co może nasilić ból pleców i promieniowanie do nóg. Niestabilny implant może przemieszczać się, uszkadzając okoliczne nerwy lub tkanki, a nawet prowadzić do nagłego ucisku na rdzeń kręgowy lub korzenie nerwowe (np. niedowłady, zaburzenia czucia). Brak stabilizacji segmentu może też przyspieszyć zwyrodnienie sąsiednich kręgów, powodując kolejne problemy w przyszłości. Utrzymujący się stan zapalny i przeciążenie mięśni wokół niestabilnego odcinka często skutkują przewlekłym bólem i ograniczeniami ruchowości. W skrajnych przypadkach może dojść do deformacji kręgosłupa lub trwałego uszkodzenia nerwów.

(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 OLIF L2-L5 KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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 stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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 stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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 stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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 stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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 stabilizacji przedniej OLIF L2–L5 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