



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 PLASTYKI KANAŁU NADGARSTKA LEWEGO/PRAWEGO*

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Zespół cieśni kanału nadgarstka polega najczęściej na uciśnięciu nerwu pośrodkowego w obrębie kanału nadgarstka poprzez przerośnięty troczek zginaczy (więzadło poprzeczne nadgarstka), mogą mu towarzyszyć inne malformacje anatomiczne. Zespół objawów najczęściej obejmuje drętwienie, mrowienie, niedoczulicę skóry palców I-III, osłabienie siły chwytu i ból w obrębie ręki, szczególnie w obszarze unerwienia nerwu pośrodkowego. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania klinicznego czasami uzupełnionego badaniami dodatkowymi (np. Rtg, USG, EMG/ENG itd).

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg polega na chirurgicznym przecięciu troczka zginaczy (więzadła poprzecznego nadgarstka), co ma na celu odbarczenie nerwu pośrodkowego.

Znieczulenie będzie dobierane indywidualnie przez lekarza anestezjologa konsultującego pacjenta w zależności od indywidualnych wskazań (oddzielny formularz zgody).

Oczekiwana korzyść: jest złagodzenie dolegliwości bólowych, poprawa czucia oraz zapobieganie trwałemu uszkodzeniu nerwu.

III. Zalecenia pooperacyjne

Po zabiegu zalecane jest utrzymywanie ręki w elewacji (może być również zalecone unieruchomienie gipsowe) przez kilka dni, kontrola rany oraz stopniowe uruchamianie palców. Zaleca się unikanie przeciążeń przez kilka tygodni i leków przeciwbólowych w razie potrzeby. Może być zalecana rehabilitacja. Powrót do pełnej aktywności zazwyczaj następuje po kilku tygodniach do kilku miesięcy, w zależności od zajmowanego zawodu i reakcji pacjenta.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywą dla leczenia operacyjnego jest leczenie zachowawcze, obejmujące unieruchomienie nadgarstka w ortezie, fizjoterapię, farmakoterapię (np. NLPZ), suplementację np. witamin z grupy B, selenu itp. Metody te mogą przynieść ulgę w łagodnych przypadkach, jednak nie eliminują przyczyny choroby i często mają jedynie charakter tymczasowy.

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

Każde leczenie zabiegowe wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Nie można zatem z całą pewnością oczekiwać że podczas tej operacji lub po niej nie dojdzie do ich wystąpienia.

Wystąpienie powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być przyczyną pogorszenia stanu ogólnego pacjenta, w tym stanu psychicznego, zaostrzenia chorób podstawowych oraz wystąpienia nowych ostrych stanów internistycznych jak np. zawał serca, także w bardzo rzadkich przypadkach przyczyną śmierci.

Powikłania wczesne: reakcje alergiczne na leki, szwy lub materiały opatrunkowe, zakażenie rany operacyjnej zazwyczaj powierzchowne, rzadko wymagające antybiotykoterapii lub interwencji chirurgicznej, miejscowa martwica skóry, krwawienie i krwiak może prowadzić do zwiększonego napięcia w obrębie nadgarstka, bólu i opóźnionego gojenia, uszkodzenie gałęzi nerwów (np. n. skórny przyśrodkowy) prowadzi do zaburzeń czucia lub objawów neuropatycznych, (np. gałązka ruchowa kłędu kciuka) prowadzi do uszkodzenia funkcji mięśni kłędu kciuka, bezpośrednie uszkodzenie nerwu pośrodkowego bardzo rzadkie, ale potencjalnie poważne, może prowadzić do trwałego deficytu czuciowego i motorycznego, uszkodzenie dużych naczyń.

Powikłania późne: niedoczulica skóry w miejscu operowanym, bolesna blizna pooperacyjna (hypersensitivity, dysestezje) może występować przez kilka tygodni lub dłużej, zrosty okołonерwowe mogą powodować utrzymujące się parestezje lub nawroty objawów, sztywność palców i nadgarstka szczególnie przy braku wczesnej mobilizacji ręki po operacji, utrzymujące się drętwienie lub parestezje zwykle przejściowe, ale u niektórych pacjentów mogą utrzymywać się lub wymagać dłuższego leczenia, niepełne odbarczenie nerwu pośrodkowego może skutkować brakiem poprawy lub nawrotem, zespół bólu neuropatycznego, algodystrofii (CRPS – complex regional pain syndrome) rzadki, ale trudny w leczeniu, może powodować długotrwały ból, obrzęk, zaburzenia naczynioruchowe i ograniczenie funkcji ręki, nawrót objawów zespołu cieśni możliwy, szczególnie u pacjentów z chorobami współistniejącymi (np. cukrzyca, RZS), zanik mięśni kłędu jeśli operacja wykonana zbyt późno, może dojść do nieodwracalnych zmian, niesatysfakcjonujący efekt operacji, częściowa poprawa lub brak poprawy, mimo prawidłowo wykonanej procedury.

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

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

Czynniki zwiększające ryzyko powikłań: długotrwały przebieg choroby, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, wcześniejsze zabiegi w okolicy nadgarstka, zaburzenia gojenia (np. palenie tytoniu, otyłość), nieprzestrzeganie zaleceń pozabiegowych (np. zbyt szybkie przeciążanie ręki).

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali _____

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

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

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Następstwem rezygnacji z proponowanego leczenia może być ciężka trwała dysfunkcja nerwu pośrodkowego.

Na ile w konkretnej sytuacji klinicznej leczenie zachowawcze może zastąpić leczenie operacyjne dając podobny wynik leczenia stwierdza lekarz ortopeda opierając swoją ocenę o konkretną sytuację kliniczną konkretnego pacjenta.

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

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej operacji PLASTYKI KANAŁU NADGARSTKA LEWEGO/PRAWEGO*

W dniu ____/____/_____/ lekarz

przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego***.

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 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 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 plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego*.

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 plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego*.

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 plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego. (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 plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego*** 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 plastyki kanału nadgarstka lewego/prawego***.
(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

podpis i pieczętka lekarza