

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE ZABIEGOWE

1. RODZAJ SCHORZENIA ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM LUB PODEJRZENIEM:

.....

2. METODY LECZENIA (W TYM ALTERNATYWNE DO PROPONOWANEGO):

1. Leczenie bezoperacyjne np. podawanie leków przeciwbólowych, fizjoterapia.
2. Blokada stawów międzywyrostkowych (sterydem i lekiem przeciwbólowym) lub podanie leków okołokorzeniowo.
3. Leczenie operacyjne metodą otwartą

3. PROPONOWANE LECZENIE (OPIS, PRZEBIEG)

Blokada stawów międzywyrostkowych (sterydem i lekiem przeciwbólowym), ewentualnie stawów międzykręgowych lub podanie leków okołokorzeniowo.

4. CEL PROPONOWANEGO LECZENIA

Celem zabiegu jest zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa w miejscu największej bolesności.

5. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU

1. Osłabienie siły kończyn dolnych w wyniku podania leku w okolicę nerwów rdzeniowych.
2. Nieumyślne, przypadkowe uszkodzenie naczyń i nerwów powstałe podczas wprowadzania igły punkcyjnej.
3. Krwihak lub krwawienie wymagające reoperacji tj. inspekcji operacyjnej miejsca ostrzyknięcia.
4. Uczulenie na podane leki.
5. Późne powikłania iniekcji i częściowo leczenia – powstanie ropni śródmięśniowych.
6. Zakrzepica żylna i zatorowość płucna.
7. Wczesne i późne powikłania infekcyjne - zakażenie rany i/lub kości.
8. Inne trudne do przewidzenia.

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZAKRESU ZABIEGU W CZASIE JEGO WYKONYWANIA

W trakcie zabiegu jego przebieg, warunki anatomiczne oraz zmiany chorobowe mogą wymusić zmianę jego zakresu dla uzyskania najlepszej skuteczności leczenia. Ich przeprowadzenie wymaga wyrażenia zgody przed zabiegiem dla uniknięcia konieczności ponownego zabiegu w późniejszym czasie, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Szczegółowe informacje o zmianach w stosunku do pierwotnego planu leczenia zostaną przekazane w możliwie najwcześniejszym czasie po zabiegu.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko, co chciałby/łaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTA/ PACJENTKI

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi.

Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmową wyjaśniającą z lekarzem oświadczam, że jestem w pełni poinformowany/poinformowana co do:

- rozpoznania,
- proponowanego zabiegu oraz alternatywnych metod postępowania,
- spodziewanych wyników zabiegu,
- rokowań,
- ryzyka powikłań, których jestem w pełni świadomy.

Wyrażam zgodę na blokadę przykręgosłupową, jak również na ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu.

.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki

Nie wyrażam zgody na proponowany zabieg.

.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki