*(*niepotrzebne skreślić)*

Imię i nazwisko …….

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ……

Data urodzenia/PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

1. Wskazanie do operacji:
Ucisk rdzenia kręgowego z powodu urazu/guza przerzutowego/zmian zwyrodnieniowych/ złamania/ niestabilności kręgosłupa*
.....

2. Operacja zostanie przeprowadzona w trybie: Planowym/Pilnym*

3. Opis choroby będącej powodem zakwalifikowania do leczenia operacyjnego

Ucisk rdzenia kręgowego jest stanem naglącym, który wymaga pilnej diagnostyki i leczenia. Choroba ta może być spowodowano urazem - złamaniem kręgosłupa lub guzem w obrębie kanału kręgowego. Ucisk rdzenia pojawia się zwykle w fazie rozsiewu nowotworu, ale w rzadkich przypadkach może stanowić początkową manifestację choroby lub być wyłącznym przejawem jej nawrotu. Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją przerzutów do kości. W większości przypadków procesem przerzutowym objęte są trzony kręgów, rzadziej łuki kręgowe. Ucisk na rdzeń kręgowy może być też wynikiem złamania kręgosłupa. Na skutek działania sił zewnętrznych (np. upadku) dochodzi do rozerwania kręgu na fragmenty i przemieszenia ich względem siebie. Prowadzi to do ucisku na struktury nerwowe lub wystąpienie niestabilności kręgosłupa. Niestabilność kręgosłupa to stan, w którym przy wykonywaniu zwykłych ruchów dochodzi do przemieszania się złamanych fragmentów względem siebie i ucisku na rdzeń kręgowy lub korzenie nerwowe. Patologiczne konsekwencje ucisku rdzenia kręgowego mogą się różnić nasileniem: od odwracalnego obrzęku po nieodwracalne zmiany martwicze w rdzeniu, które prowadzą niedowładu kończyn górnych lub dolnych w zależności od umiejscowienia ucisku. Ucisk korzeni nerwowych i towarzyszący im ból kręgosłupa są stanem neurologicznym spowodowanym najczęściej uciskiem przepukliny krążka międzykręgowego lub osteofitów w przebiegu procesu zwyrodnieniowego na struktury nerwowe kanału kręgowego. Towarzyszy im ból promieniujący do kończyn w obrębie obszaru zaopatrywanego przez dany nerw. Nierzadko występują zaburzenia czucia, drętwienia oraz deficyty ruchowe.

4. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji:

Operacja wymaga znieczulenia ogólnego. Po znieczuleniu ogólnym do pęcherza moczowego zakładany jest w warunkach jałowych cewnik w celu odprowadzania moczu. W trakcie operacji pacjent ułożony jest na brzuchu. W okolicy lędźwiowej wykonuje się nacięcie skóry o długości proporcjonalnej do zakresu operacji. Dalszy etap to rozdzielenie mięśni i dotarcie do kręgosłupa. W celu wykonania laminektomii mięśnie oddziela się od kręgosłupa i odciąga na obie strony; w celu wykonania hemilaminektomii mięśnie oddziela się po jednej stronie kręgosłupa. Następnie usuwa się obie blaszki łuku kręgu wraz z wyrostkiem kolczystym (jest to laminektomia), lub tylko jedną blaszkę łuku kręgu (jest to hemilaminektomia). Zakres usunięcia części kostnych może dotyczyć jednego lub kilku kręgów. Uzyskuje się tym sposobem dostęp do wybranego odcinka kanału kręgowego. W dalszych etapach, zależnie od potrzeb usuwa się: przyśrodkową część stawu pomiędzy wyrostkami stawowymi sąsiadujących kręgów, przepuklinę jądra miażdżystego krążka międzykręgowego, wyrośla kostne (osteofity), można także poszerzyć otwór międzykręgowy pomiędzy wyrostkami stawowymi sąsiadujących kręgów (jest to tzw. foraminotomia wewnętrzna) – tę ostatnią czynność wykonuje się, jeżeli nerw rdzeniowy jest uciśnięty w otworze międzykręgowym. Po uzyskaniu dostępu do kanału kręgowego możliwe jest również usunięcie zmian nowotworowych lub pourazowych powodujących ucisk rdzenia kręgowego. Po uwolnieniu worka oponowego od ucisku zamyka się ranę szwami, które zostają usunięte zazwyczaj w 14 dobie po operacji. Ranę można też zszyć szwami śródskórnymi wchłanialnymi, które nie wymagają usuwania, gdyż ulegają resorpcji w organizmie.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

W zależności od sytuacji śródoperacyjnej w ranie może zostać umieszczony sączek lub dren z tworzywa sztucznego mający za zadanie odprowadzić krew z głębi rany na zewnątrz, aby zmniejszyć ból, zapobiec reakcji gorączkowej i ułatwić gojenie. Sączek albo dren usuwa się po 1-2 dniach od zabiegu.
W trakcie operacji może zajść konieczność zastosowania lampy rentgenowskiej w celu precyzyjnego określenia odcinka kręgosłupa, będącego celem operacji. Powoduje to ekspozycję pacjenta na promieniowanie rentgenowskie. W związku z możliwością zastosowania promieniowania rentgenowskiego istotny jest wywiad u kobiet w wieku rozrodczym w kierunku ewentualnej ciąży. Dawkę pochłoniętego promieniowania wpisuje się do karty informacyjnej leczenia szpitalnego.
W trakcie operacji może dojść do utraty krwi, wymagającej przetoczenia krwi – podczas trwania operacji lub w okresie okołooperacyjnym.

5. Oczekiwane rezultaty zabiegu

Celem proponowanej operacji jest odtworzenie stosunków anatomicznych kręgosłupa jak najbardziej zbliżonych do prawidłowych poprzez usuniecie ucisku rdzenia i korzeni nerwowych wywołanego przez zmiany nowotworowe, fragmenty kości lub dysków znajdujące się w nieprawidłowym położeniu. Ma to umożliwić prawidłowe funkcjonowanie rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych – usunięcie dolegliwości bólowych i niedowładów.

W niektórych przypadkach nie jest możliwe odtworzenie funkcji neurologicznej rdzenia pomimo usunięcia przyczyny ucisku, gdyż w obrębie struktur nerwowych dokonały się nieodwracalne zmiany martwicze.

Po usuniecie ucisku konieczne jest również zapewnienie prawidłowej stabilizacji kręgosłupa poprzez wprowadzenie do kręgów implantów – śrub stabilizujących, prętów lub płyt. Ma to zapobiec przemieszczaniu się elementów kręgosłupa względem siebie i umożliwić prawidłowe funkcjonowanie pacjenta, zmianę pozycji ciała w łóżku, pionizacje i chodzenie u pacjentów nieporażonych.

6. Opis innych dostępnych metod leczenia:

Odbarczenie kanału kręgowego z dostępu tylnego wykonywane jest zwykle u pacjentów cierpiących
z powodu deficytów neurologicznych wywołanych uciskiem na rdzeń. Istnieją jednak inne metody leczenia tj.: zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej lub forsownych ćwiczeń, zabiegi rehabilitacyjne, stosowanie leków p/bólowych doustnych, używanie ortezy lub stabilizatorów. Stosowanie bisfosfonianów, radio/chemioterapia.
Niektóre z powyższych nie są wskazane, jeśli chory chce wykazywać wzmożoną aktywność fizyczną, ale powinno się je rozważyć i przedyskutować je z chirurgiem.

7. Opis powikłań związanych z proponowaną operacją lub procedurą medyczną

Z KAŻDYM ZABIEGIEM OPERACYJNYM ZWIĄZANE JEST RYZYKO POWIKŁAŃ.

a) W trakcie operacji na skutek trudności technicznych lub indywidualnych odmienności anatomicznych może dojść do niezamierzonego uszkodzenia korzenia nerwowego. Uszkodzenie takie może spowodować niedowład lub bezwład części mięśni kończyny dolnej lub zaburzenia czucia kończyny dolnej po stronie operowanej. Objawy te mogą pozostać na stałe.
b) Worek oponowy może być połączony zrostami z otaczającymi tkankami (2%). W takiej sytuacji w trakcie operacji może dojść do niezamierzonego uszkodzenia worka oponowego i wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego do rany. Leczenie takiego powikłania polega na 3-4 dniach leżenia w celu uzyskania zrostu worka oponowego. Może być konieczne zastosowanie kilkudniowego drenażu płynu mózgowo-rdzeniowego z worka oponowego. W razie braku zrostu i utrzymywania się wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego konieczna jest kolejna operacja w celu zamknięcia niezrośniętego worka oponowego.
c) W trakcie operacji chirurg zmuszony jest do delikatnego przesuwania worka oponowego lub uciśniętego korzenia nerwowego (5%). Może to spowodować w okresie pooperacyjnym niedowład kończyny dolnej po stronie operowanej oraz uczucie bólu, drętwienia i mrowienia oraz osłabienie czucia w kończynie dolnej po stronie operowanej. Dolegliwości te mogą być silniejsze niż przed operacją, zazwyczaj mają charakter przejściowy i ustępują.

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

d) Zdarza się niezamierzone niecałkowite uwolnienie worka oponowego lub korzeni nerwowych od ucisku - na skutek trudności technicznych lub indywidualnych cech anatomicznych pacjenta - może to wymagać powtórnej operacji. Możliwy jest nawrót dolegliwości bólowych i konieczność powtórnej operacji.
e) W okresie kilku tygodni lub miesięcy po operacji, w kanale kręgowym może powstać blizna, powodująca dolegliwości bólowe, może to wymagać powtórnej operacji.
f) W okresie pooperacyjnym mogą utrzymywać się bóle odcinka lędźwiowego lub bóle odczuwane przed operacją, które będą wymagały leczenia zachowawczego.
g) Po operacji mogą wystąpić objawy psychotyczne, objawiające się nielogicznym zachowaniem i pobudzeniem, które może wymagać stosowania środków uspokajających lub przymusowego unieruchomienia (skrepowania). Objawy te ustępują.

Należy liczyć się z innymi, rzadziej występującymi niezamierzonymi powikłaniami, jak:

- śródoperacyjne uszkodzenie narządów jamy brzusznej, na przykład jelit, powikłanie to może wymagać operacji przez jamę brzuszną w celu usunięcia uszkodzenia - powikłanie to stanowi zagrożenie życia i może doprowadzić do zgonu;
- śródoperacyjne uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych w jamie brzusznej (aorty, żyły głównej dolnej) – powikłanie to może wymagać przetoczenia krwi i natychmiastowej operacji przez jamę brzuszną w celu opanowania krwotoku – jest to zagrożenie życia i może doprowadzić do zgonu;
- krwiak w kanale kręgowym lub przy kręgosłupie (0.5%) – może to wymagać powtórnej operacji w celu usunięcia krwiaka;
- zapalenie krążka międzykręgowego i kręgów w okresie pooperacyjnym – może wymagać długotrwałego podawania antybiotyków, stosowania drenażu miejsca objętego zapaleniem lub ponownej operacji;
- niestabilność kręgosłupa, wymagająca reoperacji i stabilizacji kręgosłupa wszczepami (implantami).

Inne powikłania typowe dla każdego zabiegu, jak np.: krwiak (objawia się tętniącym bólem, nieustępującym po lekach przeciwbólowych), obrzęk okolicznych tkanek, zakażenie rany wymagające przedłużonej do 7 dni antybiotykoterapii, zakażenie dróg moczowych, martwica skóry z powodu niedostatecznego ukrwienia płatów skórnych, przerośnięta blizna, opóźnienie się gojenia lub brak gojenia ran pooperacyjnych, reakcja uczuleniowa na szwy lub inne wszczepy, niedokrwienie kończyny skutkujące amputacją, konieczność dodatkowych zabiegów operacyjnych lub innego leczenia w przyszłości, powikłania ogólne (np.: reakcja na znieczulenie, zator płucny, utrata życia).

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:
……
……
(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Częstość powikłań jest większa u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych, zażywających sterydy, obciążonych wieloma innymi chorobami, palaczy papierosów.

8. Opis prognozy pooperacyjnej

Bezpośrednio po operacji pacjent trafia na salę pooperacyjną, gdzie przebywa do czasu stabilizacji parametrów życiowych. Rehabilitacja wdrażana jest najczęściej od następnej doby po zabiegu. Usunięcie drenów pooperacyjnych ma miejsce zazwyczaj w 1-2 dobie pooperacyjnej w zależności od ilości wypływającej wydzieliny. Usunięcie szwów jest zależne od szybkości gojenia się rany i ma miejsce najwcześniej 10- 14 dniach od zabiegu. Wypis do domu następuje najczęściej około 7 doby po zabiegu. Obowiązkowe badanie kontrolne w tutejszej Poradni Ortopedycznej jest około 2 tygodni po operacji. Przy wypisie pacjent otrzymuje skierowanie z wskazana datą wizyty kontrolnej. Wymagana jest rejestracja w poradni. Po wypisie konieczna jest kontynuacja profilaktyki przeciwzakrzepowej. Przez 6-8 tygodni od operacji należy unikać wysiłków fizycznych, zwłaszcza dźwigania ciężarów, biegania, czynności

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

związanych ze znacznym zginaniem i wyprostem tułowia (skłony do przodu i do tyłu) oraz unikać ruchów skrętnych tułowia (np. tańca). Chirurg może zalecić stosowanie gorsetu usztywniającego tułów, rodzaj gorsetu i czas jego stosowania ustalany jest indywidualnie. Okres niezdolności do pracy dobierany jest indywidualnie, zależnie od rodzaju pracy i postępów rekonwalescencji. Uzupełniająco stosuje się leczenie rehabilitacyjne.

9. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z zabiegu wiąże się z dalszym postępem zmian zwyrodnieniowych, nasilaniem się dolegliwości bólowych i postępującym ograniczeniem ruchomości kręgosłupa. Jeśli występują niedowłady kończyn mogą one ulec pogłębieniu lub może dojść do trwałego porażenia kończyn.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza …… w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Oświadczam, że udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu Usunięcia łuku kręgu / Poszerzenia otworu międzykręgowego / Stabilizacji / Rekonstrukcji / usunięcia guza * kręgosłupa z dostępu tylnego …….. *(wpisać stronę, poziom)*

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina. Podpis oraz pieczątka lekarza	

Sprzeciw pacjenta
Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i godzina oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data i godzina, podpis oraz pieczątka lekarza	

Podpisanie formularza przez pacjentkę/pacjenta nie jest możliwe z powodu:

……..

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.