

Informacja o zabiegu hydrodekompresji (odbarczenia) nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka i formularz świadomej zgody na procedurę medyczną

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Wszystkie poniższe informacje zostały przedstawione w celu podjęcia przez Panią / Pana świadomej decyzji o poddaniu się proponowanej procedurze medycznej lub rezygnacji z niej. Prosimy uważnie przeczytać niniejszy dokument i zapoznać się z jego treścią. Przed podpisaniem zgody ma Pan / Pani prawo do zadawania dodatkowych pytań odnośnie planowanego zabiegu. Ten formularz wymaga podpisu oraz przekazania go lekarzowi najpóźniej w dniu wykonania procedury medycznej. Następnie zostanie dołączony do dokumentacji medycznej historii choroby.

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Hydrodekompresja nerwu pośrodkowego w zespole cieśni nadgarstka pod kontrolą
USG

III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Zespół kanału nadgarstka (ZKN) jest najczęściej spowodowany uciskiem nerwu pośrodkowego przez więzadło poprzeczne w kanale nadgarstka. Głównymi dolegliwościami są bóle ręki (najczęściej w nocy), zaburzenie czucia palców I-IV, stopniowe osłabienie sprawności i funkcji chorej ręki. Przyczyna choroby w większości przypadków jest nieznana. Dość często ZKN jest spowodowany chorobami zapalnymi (np. RZS), zmianami hormonalnymi (np. ciąża, niedoczynność tarczycy), urazami (np. złamanie końca dalszego kości promieniowej) oraz przebytymi zabiegami operacyjnymi w obrębie stawu nadgarstkowego. Zespół cieśni nadgarstka występuje często u osób wykonujących częste, powtarzalne ruchy w obrębie stawu nadgarstkowego – praca biurowa, ale też wręcz przeciwnie ciężka praca fizyczna.

Należy pamiętać, że samo uwolnienie od ucisku nerwu pośrodkowego zarówno metodą klasyczną jak też w sposób miniinwazyjny jest dopiero początkiem powrotu do pełnego zdrowia. Wynika to z tego, że przewlekle uciśnięty nerw uszkadza się strukturalnie i musi wystąpić jego pełna regeneracja, co wymaga czasu.

Długo trwający nacisk na nerw uniemożliwia jednak samoregenerację nerwu, stąd też dekompresja nerwu pośrodkowego jest niezbędna do pełnego wyleczenia.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Leczenie nieoperacyjne ZKN polega na oddzieleniu więzadła poprzecznego nadgarstka (troczka zginaczy) i uwolnieniu (odbarczeniu) uciśniętego nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym, z wcześniejszą pełną aseptyką i antyseptyką miejsca wkłucia. Wykonuje się iniekcje pod kontrolą USG w przekroju poprzecznym oraz podłużnym nerwu pośrodkowego. Po zakończeniu procedury medycznej zakłada się jałowy opatrunek zabezpieczający miejsca wkłucia igły.

V Opis innych dostępnych metod leczenia

Klasycznym sposobem leczenia zespołu cieśni nadgarstka jest leczenie operacyjne – uwolnienie (odbarczenie) nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka, którego zaletą teoretycznie jest pełne przecięcie troczka zginaczy. Z drugiej strony powikłania tj. wytworzenie blizny łącznotkankowej, dolegliwości bólowe związane z przecięciem tkanek oraz długi okres rekonwalescencji są pewne (sam okres zdjęcia szwów to około 14 dni).

Stosowanie metod zachowawczych (fizjoterapia, iniekcje steroidów, unieruchomienie w ortezie) jest często nieskuteczne.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

- krwiationy podskórny i obrzęk okolicy poddanej zabiegowi
- zakażenie skóry i tkanki podskórnej
- dolegliwości bólowe i uczucie mrowienia w okolicy chorej ręki (przejściowe wynikają z wykonanej procedury medycznej).
- niedowład, zaburzenie sprawności operowanej ręki (trwające do ok. 4 godz. od zabiegu wynikają z wykonanej procedury medycznej)
- zaburzenie czucia operowanej ręki (trwające do ok. 4 godz. od zabiegu wynikają z wykonanej procedury medycznej)

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia

pacjenta

- przebyte w przeszłości operacje
- w wywiadzie utrudnione gojenie się ran
- zaburzenia krzepnięcia krwi
- choroby tkanki łącznej
- cukrzyca
- przyjmowanie leków immunosupresyjnych
- zakażenie wirusem HIV
- ciąża
- inne.

VIII Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W razie rezygnacji z zabiegu nieoperacyjnego/operacyjnego uwolnienia nerwu pośrodkowego istnieje duże prawdopodobieństwo trwałego uszkodzenia nerwu pośrodkowego (całkowity brak czucia palców, zaniki mięśni kłębu kciuka, trwałe zaburzenie funkcji ręki).

IX Oświadczenie pacjenta podpisywane w obecności lekarza

Niniejszym oświadczam, iż w pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.

Oświadczam, że udzieliłem(łam) pełnych i prawdziwych odpowiedzi o moim stanie zdrowia, przyjmowanych lekach i suplementach diety, uczuleniach, przebytych badaniach, urazach i zabiegach.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości.

Zostałem/łam poinformowany/a o alternatywnych metodach postępowania.

Zostałem/łam poinformowany/a o celu leczenia i spodziewanych wynikach oraz o najczęstszych powikłaniach oraz ryzyku i możliwości ich wystąpienia (w trakcie lub po zabiegu).

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Zostałem/łam poinformowany/a, że mogę nie zgodzić się na proponowane leczenie operacyjne, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Zostałem/łam poinformowany/a, że w każdej chwili mogę cofnąć zgodę na proponowane leczenie operacyjne.

Oświadczam, że informacje o stanie mojego zdrowia, badań oraz przebytych chorób przekazałem/am podczas wywiadu lekarskiego i badania zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Jestem przekonany/na, że nie zataiłem/łam istotnych informacji mogących stać się pomocnymi w procesie leczenia.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu hydrodekompresji nerwu pośrodkowego w zespole cieśni nadgarstka chorej ręki

Data i czytelny podpis pacjenta

Zostałam/em w pełni poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i czytelny podpis

pacjenta

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....