

# Informacja o zabiegu zastrzyku nadtwardówkowego i formularz świadomej zgody na przeprowadzenie procedury medycznej

## 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 operacji 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

Zastrzyk nadtwardówkowy na poziomie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego pod kontrolą USG

## III Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

**Dyskopatia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego to schorzenie dotykające krążka międzykręgowego związane z jego nieprawidłową budową, odwodnieniem (dehydratacja) oraz przemieszczeniem treści krążka międzykręgowego („dysku”) w kierunku tylnym. Mówimy wówczas o wypuklinie krążka międzykręgowego (zachowany pierścień włóknisty – „obwódka dysku”) i/lub przepuklinie (przerwanie ciągłości pierścienia włóknistego). Skutkuje to nasilonym uciskiem na korzeń nerwu rdzeniowego i/lub oponę twardą, następnie do zapalenia i obrzęku tych struktur. Obrzęk prowadzi z kolei do jeszcze większego ucisku i niedokrwienia. Taka sytuacja może wywołać silny ból kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, który najczęściej promieniuje do jednej z kończyn dolnych dając charakterystyczne objawy tzw. rwy kulszowej.**

Często zmiany są wielopoziomowe – najczęściej obserwujemy dyskopatię na poziomie L4/L5 oraz L5/S1. Z tego powodu dobrym rozwiązaniem może być podanie roztworu leków do roztworu krzyżowego w ilości oraz miejscu, która umożliwi objęcie obu tych poziomów jednocześnie podczas jednego wkłucia.

## IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Zastrzyk nadtwardówkowy przeprowadza się pod kontrolą fluoroskopii i/lub USG. Polega na podaniu dokładnie w przestrzeń nadtwardówkową substancji działających silnie przeciwzapalnie, środków znieczulenia miejscowego oraz witamin z grupy B: B1, B6 i B12; w odpowiedniej ilości oraz stężeniu.

#### V Opis innych dostępnych metod leczenia

Zabieg iniekcji nadtwardówkowej najczęściej stosuje się, gdy inne metody leczenia zachowawczego tj. zabiegi rehabilitacyjne oraz ćwiczenia nie przyniosły satysfakcjonującego zmniejszenia dolegliwości .

#### VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

- **krwawienia w miejscu wkłucia igły**
- **ból i obrzęk okolicy poddanej zabiegowi,**
- **zakażenie miejscowe skóry i tkanki podskórnej**
- **niedowład, zaburzenie siły mięśniowej w obrębie kończyn dolnych (trwające do ok. 4 godz. od zabiegu wynikają z wykonanej procedury medycznej)**
- **zaburzenia czucia (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

Nieustępujące dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z promieniowaniem do kończyn dolnych, mimo upływu czasu oraz podjęcia rehabilitacji są wskazaniem do wykonania zastrzyku nadtwardówkowego.

Mając na uwadze powyższe w razie rezygnacji z zabiegu zastrzyku nadtwardówkowego pozostaje w większości przypadków już tylko leczenie operacyjne, które nawet najlepiej wykonane niesie ze sobą ryzyko dużej ilości powikłań. Wiąże się też z dłuższym czasem rekonwalescencji.

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 zastrzyku nadtwardówkowego**

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

.....