



# Świadoma Zgoda Pacjenta Na Zabieg

na przeprowadzenie zabiegu termolezji włókien zazwojowych nerwu trójdzielnego za pomocą generatora fal radiowych (RF -Radiofrequency)

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki: .....

PESEL: .....

Nr historii choroby: .....

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana/Pani lub istnieje podejrzenie:

.....  
.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu termolezji włókien zazwojowych nerwu trójdzielnego za pomocą generatora fal radiowych (RF -Radiofrequency) w celu leczenia nerwobólu nerwu trójdzielnego. Zabieg operacyjny zostanie przeprowadzony w okresowym, powtarzanym znieczuleniu dożylnym środkiem znieczulającym na sali operacyjnej wyposażonej w odpowiedniej jakości aparaturę medyczną umożliwiającą bezpieczne jego przeprowadzenie. Wskazania do operacji poparte są brakiem skuteczności innych metod leczenia zastosowanych dotychczas.

Termolezja włókien zazwojowych nerwu trójdzielnego za pomocą generatora fal radiowych (RF -Radiofrequency) jest najpowszechniej wykonywaną na świecie małoinwazyjną metodą leczenia nerwobólu nerwu trójdzielnego, stosowaną gdy leczenie farmakologiczne jest nieefektywne lub nie tolerowane przez pacjenta. Zabieg polega na przez skórny wprowadzeniu śródpoliczkowo igły do stymulacji i termolezji, umieszczonej wewnątrzczaszkowo w obrębie włókien położonych za zwojem nerwu trójdzielnego. Konieczna jest kontrola za pomocą śródoperacyjnego obrazu rentgenowskiego. Pacjent jest znieczulany dożylnie podawanym krótkotrwałe działającym środkiem. Po umieszczeniu igły w pożądanym miejscu często uzyskuje się wypływ płynu mózgowo-rdzeniowego, co nawet potwierdza właściwą jej lokalizację. Po wybudzeniu pacjenta neurochirurg bada czucie na twarzy, pytając pacjenta czy czuje mrowienia i inne wrażenia czuciowe w miejscu, w którym zwykle odczuwa ból. W razie potrzeby igła przesuwana jest płycej lub głębiej dla uzyskania właściwego obszaru odczuwania efektów stymulacji. Po upewnieniu się że stymulacja obejmuje właściwe włókna nerwowe, konieczne ponowne krótkotrwałe znieczulenie pacjenta na czas wykonywania termolezji (poprzez ogrzewanie włókien nerwowych dokonuje się ich uszkodzenia w celu uzyskania zmniejszenia czucia na powierzchni twarzy i likwidacji bólu neuralgicznego) przy użyciu aparatu Radiofrequency. Procedura ta może być powtarzana dla osiągnięcia najlepszego efektu.

Skuteczność zabiegu sięga 90% ( w takim procencie przypadków udaje się zlikwidować lub znacznie zmniejszyć występowanie nerwobólu). Tak więc nie w każdym przypadku udaje się osiągnąć dobry wynik. Występują także nawroty nerwobólu, z częstością ok. 25% ( w takim procencie chorych) w ciągu ok. 15 lat obserwacji. Mimo małej inwazyjności zabiegu, mogą wystąpić w wyniku jego przeprowadzenia powikłania, takie jak: znieczulenie rogówki oka po stronie operowanej, które może doprowadzić do jej owrzodzenia i upośledzenia widzenia tym okiem, podwójne widzenie (zwykle odwracalne w ciągu 4 miesięcy), upośledzenie siły mięśni twarzy ( żwacza, m. skroniowego, mięśnia okrężnego oka). Częstość wystąpienia upośledzenia czucia rogówki, a w następstwie tego możliwość jej owrzodzenia i upośledzenia widzenia tym okiem znacznie wzrasta w przypadku próby leczenia nerwobólu w zakresie I gałęzi nerwu trójdzielnego. Może zachodzić konieczność przewlekłego stosowania preparatów do zakraplania oka i specjalnej dbałości o zapobieganie zabrudzenia i potarcia oka. Czasami obserwuje się po zabiegu przemijającą opryszczkę koło ust. Rzadkim, ale nie możliwym do wykluczenia powikłaniem jest możliwość wystąpienia krwawienia wewnątrz czaszki, co stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i może wymagać wykonania operacji neurochirurgicznego usunięcia krwiaka. Zgadzam się na wszelkie zabiegi i operacje , których konieczność wykonania może pojawić się w trakcie leczenia w celu eliminacji ewentualnych skutków powikłań.

W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem: .....

(imię i nazwisko lekarza)



spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, rokowania i ewentualnej rehabilitacji. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(rodzaj zabiegu/badania)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(zastrzeżenia)

oraz jego ewentualne zmiany , które okażą się niezbędne w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(data) (podpis pacjenta) (podpis i pieczętka lekarza)

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie/zabieg operacyjny

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(rodzaj badania/zabiegu)

Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
.....

(data) (podpis pacjenta) (podpis i pieczętka lekarza)