



# Zgoda pacjenta

GDAŃSK, DATA: .....  
IMIĘ I NAZWISKO: .....  
PESEL: .....  
DATA URODZENIA: .....  
ADRES: .....  
KOD POCZTOWY:.....  
NUMER TELEFONU:.....

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

## 1. JAK PRZEBIEGA KWALIFIKACJA DO ZABIEGU TERMOLEZJI?

Kwalifikacja do zabiegu termolezji w Good Life Clinic dokonuje lekarz specjalista – neurochirurg lub anestezjolog na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych.

## 2. JAKI BÓL LECZY TERMOLEZJA?

Termolezja jest rekomendowana do leczenia różnych zespołów bólu przewlekłego:

- mechaniczne bóle kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego spowodowane chorobą zwyrodnieniową stawów międzywyrostkowych;
- bóle w chorobie zwyrodnieniowej stawów barkowych, biodrowych, kolanowych, skokowych;
- bóle osteoporotyczne;
- szyjnopochodne bóle głowy;
- bóle w chorobach nowotworowych;
- ból zależny od układu współczulnego;
- ból wynikający z chorób naczyniowych.

## 3. ILE TRWA TERMOLEZJA?

Cała procedura wykonania zabiegu termolezji trwa od 30 do 60 minut. Zabieg termolezji wykonywany jest przez wykwalifikowanego specjalistę leczenia bólu i składa się z następujących etapów:

- wktucie igły pod kontrola USG lub RTG, w okolicę nerwu, który ma być poddany termolezji;
- w igle umieszczana jest elektrodę, którą podłącza jest do generatora RF;
- kontrola położenia elektrody za pomocą stymulacji ruchowej i czuciowej;
- zabieg termolezji może być wykonywany wielopunktowo;
- po zabiegu pacjent podlega krótkotrwałej obserwacji, po której opuszcza placówkę.

## 4. CZY ZABIEG TERMOLEZJI JEST BOLESNY?

Termolezja nie boli, odczucie można porównać do uszczypnięcia. Zabiegi wykonywane są w znieczuleniu miejscowym.

Za pomocą bardzo cienkiej igły podaje się podskórnie lek znieczulający. Zabieg kontynuuje się dopiero po znieczuleniu skóry.

#### 5. PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU TERMOLEZJI.

Wszystkie niezbędne informacje dotyczące przygotowania do zabiegu pacjent uzyskuje podczas wizyty kwalifikacyjnej.

Przygotowanie obejmuje między innymi:

- poinformowanie odpowiednio wcześniej lekarza o obecnych chorobach, przyjmowanych lekach, w tym preparatach dostępnych bez recepty i preparatach ziołowych. Może istnieć konieczność odstawienia lub zmiany dawkowania niektórych leków;
- zażyj leki stosowane przewlekle, jednak stosuj się w tym względzie do zaleceń lekarza;
- poinformuj lekarza o obecności uczuleń, szczególnie na lateks, środki jodowe i odkażające;
- poinformuj o ewentualnej ciąży – ze względu na stosowane promieniowanie jonizujące, w przypadku zabiegu pod kontrolą RTG;
- unikaj jedzenia w ciągu 4-6 godzin przed zabiegiem;
- dopuszczalne jest przyjmowanie klarownych płynów do 2-ch godzin przed zabiegiem – po tym czasie unikaj również picia;
- w dniu zabiegu weź kąpiel lub prysznic;
- nie stosuj balsamów, kremów, makijażu, dezodorantów, perfum;
- załóż wygodną odzież;
- zapewnij osobę towarzyszącą, która odwiezie Cię do domu po zabiegu.

#### 6. PRZECIWSKAZANIA DO TERMOLEZJI.

- zmiany zapalne skóry, np. ropnie, uniemożliwiające wprowadzenie igły w odpowiednim miejscu
- ciąża – ze względu na stosowane promieniowanie jonizujące, w przypadku zabiegu pod kontrolą RTG,
- ciężkie stadia choroby, np. zaawansowana niewydolność serca
- niektóre choroby psychiczne
- choroby w stadium ostrym – po udarze mózgu i zawale serca należy odczekać przynajmniej 3 miesiące
- brak świadomej zgody pacjenta
- stymulator serca
- terapia przeciwzakrzepowa (np. stenty)
- leki przeciwzakrzepowe będzie trzeba odstawić do 7 dni przed planowanym wykonaniem zabiegu (nowoczesne leki wystarczy doba przed zabiegiem, stare od ok 4 do 7 dni w zależności od przyjmowanego leku) aktywna choroba nowotworowa (potrzebne będzie konsultacja od onkologa)

#### 7. ZALECENIA PO ZABIEGU TERMOLEZJI

- Bezpośrednio po zabiegu Pacjent powinien pozostać w poczekali ok 30 min i nie może przez 4 godziny prowadzić auta. Po zabiegu pacjent proszony jest o 3-4 tygodniowy okres unikania przeciążeń.
- W ciągu 1-2 tygodni po zabiegu może występować niewielki dyskomfort w miejscu zabiegu. Większość pacjentów odczuwa poprawę po 2 tygodniach od zabiegu. Kontrolna wizyta odbywa się 4 tygodnie po zabiegu, podczas której oceniana jest skuteczność zabiegu termolezji i planowane jest dalsze leczenie rehabilitacyjne.



W pełni zrozumiałem informacje zawarte w formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw proponowanego zabiegu, rokowań i powikłań związanych z tym zabiegiem. Jednocześnie oświadczam, że:

Zgadzam się na wszelkie zabiegi i leczenie, którego konieczność wykonania może pojawić się w trakcie leczenia w celu eliminacji skutków powikłań; mam świadomość, że jeżeli w trakcie wykonywania ww. zabiegu wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby mi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności –gdy nie będzie możliwości niezwłocznie uzyskać mojej zgody; zostałam(-em) poinformowana(-ny) przez lekarza o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu; lekarz wytłumaczył mi w sposób zrozumiały naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jego przebieg, spodziewane skutki, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem; otrzymałam(-em) także informację o alternatywnych, dostępnych metodach leczenia; otrzymałam(-em) informację o skutkach odroczenia w czasie lub odmowy leczenia; przed wyrażeniem zgody przekazałam(-em) lekarzowi wszystkie istotne informacje o moim aktualnym stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach niczego nie zataiłam(-em), nie ukryłam(-em) oraz nie pominęłam(-ąłem); zostałam(-em) poinformowana(-ny) o tym, że zatajenie lub podanie niepełnych lub nieprawdziwych informacji o moim aktualnym stanie zdrowia może spowodować negatywne konsekwencje w zakresie mojego stanu zdrowia i spodziewanych efektów leczenia. Ponadto oświadczam, że zapewniono mi swobodę wypowiedzi i nieograniczone możliwość zadawania pytań w bezpośrednim kontakcie z lekarzem i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

W następstwie powyższego:

Proszę o wykonanie zabiegu w Poradni Leczenia Bólu Good Life Clinic sp. z o.o. w Gdańsku.

.....  
miejsce, data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjenta(ki)

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu: (Rodzaj zabiegu) Termolezja oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji, w razie wystąpienia utraty życia, zdrowia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....  
miejsce, data

.....  
podpis lekarza

.....  
podpis pacjenta(ki)