

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F261\_w1  
str. 1



## KLINIKA NEUROCHIRURGII I NEUROLOGII ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Paweł Sokal, prof. UMK

Sekretariat - tel. 52 3655 505, tel./fax: 52 3655 774, e-mail: neurochirurgia@biziel.pl

---

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizieła w Bydgoszczy, 85-168 Bydgoszcz ul. Ujejskiego 75

### INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU WENTRIKULOSTOMII III KOMORY

#### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / ROZPOZNANIU:

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/Pana :

Na podstawie obrazu klinicznego oraz wykonanych badań obrazowych rozpoznano u Pani/Pana chorobę: **wodogłowie niekomunikujące**

#### PROPONOWANE ORAZ MOŻLIWE METODY DIAGNOSTYCZNE/LECZNICZE:

Proponowane leczenie: **wentrikulostomia III Komory ETV**

Celem operacji jest usprawnienie krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, które jest zaburzone z powodu istniejącej przeszkody na drodze naturalnego przepływu powodując wodogłowie. Jest to choroba, która prowadzi do wzrostu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego w układzie komorowym mózgu, a w konsekwencji powoduje wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, co w konsekwencji może powodować szereg zaburzeń neurologicznych, a w niektórych przypadkach może prowadzić do śmierci. Do najczęściej spotykanych objawów wodogłowia należą: bóle głowy, zaburzenia pamięci, spowolnienie, zaburzenia koordynacji ruchowej, w tym chodu, zaburzenia widzenia, nietrzymanie zwieraczy. W związku z tym odstąpienie od leczenia rozpoznanej u Pani/Pana choroby może spowodować trwały uszczerbek na zdrowiu, czy nasilić istniejące dolegliwości, a nawet spowodować śmierć.

Operacja polega na wytworzeniu zespolenia komory III mózgu z przestrzenią podpajęczynówkową. Operację przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. Po niewielkim nacięciu skóry w okolicy czołowej nawierca się pojedynczy otwór w kości czaszki. Przez ten otwór do układu komorowego mózgu zostaje wprowadzony neuroendoskop. Po wizualizacji struktur anatomicznych endoskop zostaje skierowany do III komory mózgu. W dnie komory zostanie wykonany otwór o średnicy kilku milimetrów łączący komorę III z przestrzenią podpajęczynówkową. Po usunięciu endoskopu wykonany wcześniej otwór uszczelnia się, po czym zaszywa się ranę. W przypadku intensywnego

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F261\_w1  
str. 2

krwawienia śródkomorowego konieczne może być założenie drenażu komorowego zewnętrznego celem umożliwienia ewakuacji skrwawionego płynu mózgowo-rdzeniowego. O ostatecznym przebiegu operacji decyduje śródoperacyjnie lekarz, który ją wykonuje. Standardowo dzień po operacji wykonujemy kontrolną tomografię komputerową głowy.

Całość operacji przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog.

Po zabiegu operacyjnym zostanie Pani/Pan wybudzona/y i wróci Pani/Pan na salę chorych, albo zostanie Pan/Pani przekazana do Oddziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej bez wcześniejszego wybudzania.

Po operacji będzie miał/a Pan/Pani zastosowane leki przeciwbólowe. Jeżeli mimo podawanych leków odczuwać będzie Pan/Pani dolegliwości bólowe należy zgłosić to lekarzowi, a zmieni on dawki leków lub dołączy leki o silniejszym działaniu.

#### INNE METODY LECZENIA:

Alternatywą dla wentriculostomii jest założenie zastawki komorowo-otrzewnowej – systemu łączącego komorę mózgową z jamą otrzewnej. Wytwarza to zewnętrzną drogę odprowadzania nadmiaru płynu m-r z komór mózgowych.

O WSZYSTKICH WIADOMYCH PAŃSTWU UCZULENIACH NA LEKI LUB ŚRODKI MEDYCZNE NALEŻY KONIECZNIE POINFORMOWAĆ PERSONEL MEDYCZNY.

Lekarz poinformuje Panią/Pana o możliwości opuszczenia łóżka.

Po każdej interwencji medycznej, również po wentrikulostomii tętniaka mogą wystąpić powikłania, włącznie ze śmiercią lub ciężkim kalectwem. Dlatego bardzo ważne jest, aby Państwo przeczytali i zaznajomili się ze związanym z planowaną operacją ryzykiem i możliwymi powikłaniami.

### **OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z PROPONOWANĄ PROCEDURĄ MEDYCZNĄ**

**Powikłania po wentrikulostomii są rzadkie. Do powikłań, które mogą pojawić się w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym należą m.in.:**

1. Krwawienie wewnątrzkomorowe, które może skutkować śmiercią lub trwałym deficytem neurologicznym.
2. Krwiak śródmózgowy//przymózgowy z niedowładem//porażeniem kończyn
3. Zakażenia
  - rany pooperacyjnej
  - zakażenie poza miejscem operacji – np. infekcja dróg moczowych, zapalenie płuc
  - zakażenie wirusem zapalenia wątroby
  - uogólnione zakażenia

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

PR4\_F261\_w1  
str. 3

4. Infekcyjne lub pokrwotoczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
5. Miejscowe uszkodzenie tkanki nerwowej
6. Padaczka
7. Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego.

Do następstw operacji wentrikulostomii należy blizna pooperacyjna i wyczuwalne zagłębienie w kości w miejscu zabiegu. W celu przygotowania do operacji konieczne będzie ogolenie przynajmniej części włosów na głowie. Po operacji włosy odrosną.

Wyżej wymienione powikłania są znanymi efektami niepożądanymi, które spotykano w praktyce. Jednak należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidzenia, czy nawet zupełnie niespodziewane

**Wymienione powikłania mogą wymagać dalszych operacji lub leczenia i mogą być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.**

W Klinice Neurochirurgii ryzyko zakażenia wynosi poniżej 3% hospitalizowanych pacjentów.

Opis zwiększonego ryzyka określonych powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta (*wypełnia lekarz oddziału*):

.....

#### **ROKOWANIE:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

**duże**

**średnie**

**ograniczone**

#### **KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:**

Wskazania do proponowanej operacji poparte są stopniem zaawansowania choroby i/lub brakiem skuteczności zastosowanych alternatywnych metod leczenia. Odroczenie leczenia operacyjnego może doprowadzić do wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego i w ostateczności niewydolności pnia mózgu. Alternatywa może być założenie zastawki komorowo-otrzewnowej lub drenażu komorowego zewnętrznego, w ostateczności próba leczenia farmakologicznego

#### **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA:**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. W rzadkich

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

przypadkach może się to wiązać ze znacznym rozszerzeniem operacji, którego następstwa wykraczają poza zakres informacji zamieszczonych w niniejszym formularzu.

Przy braku Pani/Pana zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany, następnie powtórzony w terminie późniejszym, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/Pana zdrowia. W przypadku szczególnego rodzaju zagrożeń, należy się liczyć z możliwością podjęcia radykalnych metod leczenia mających na celu ratowanie zdrowia i życia. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

#### **REKONWALESCENCJA:**

Uruchomienie, oraz powrót do codziennej aktywności możliwy jest w ciągu kilku dni .

Standardowo pierwsza kontrola po operacji następuje w Poradni Neurochirurgicznej do 30 dni po wypisie ze szpitala. Kolejna po 3 miesiącach i ostatnia po roku od operacji. Dla właściwej kontroli procesu leczenia należy przestrzegać terminów wizyt i bezwzględnie stosować do zaleceń lekarskich.

#### **PYTANIA PACJENTA:**

.....

#### **OŚWIADCZENIE PACJENTA:**

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem

dr....., spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Nr historii choroby: .....

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

**UWAGI LEKARZA**

.....  
.....

**PODPIS PACJENTA I LEKARZA**

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	

**SPRZECIW PACJENTA**

**Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam/Zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.**

Data (godzinowa) oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	