



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUNIĘCIA ZESPOŁU CIEŚNI NADGARSTKA**

Strona 1z3

Wydanie 1
X. 2012r

Dane chorego

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL/Data ur.....

Nr.historii choroby

Szanowna Pani/ Szanowny Panie!

W wyniku badania fizykalnego i badań dodatkowych stwierdzono u Pani/ Pana zespół cieśni nadgarstka. Schorzenie to często wymaga leczenia chirurgicznego. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiać z Panią/ Panem na temat przebiegu operacji, przygotowania do niej, możliwych powikłań, rokowania i postępowaniu po zabiegu.

Poniższe informacje pomogą przygotować się Pani/ Panu do tej rozmowy i podjąć decyzje co do dalszego leczenia.

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta do leczenia operacyjnego

Przyczyną zespołu ciasnoty kanału nadgarstka jest zwyrodnienie lub obrzęk zapalny tkanek otaczających nerw, co w ograniczonej przestrzeni kanału powoduje jego uciśnięcie, obrzęk i zwyrodnienie. Zespół cieśni nadgarstka może być wywołany przez uraz lub uszkodzenie stawów związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów czy inną chorobą reumatyczną. Niestety, często obrzęk i co za tym idzie uciśnięcie nerwu wywołane są przez ciągłą pracę rękami z dużym napięciem w wymuszonej pozycji.

Zwiększona objętość struktur przechodzących przez kanał nadgarstka i równocześnie ograniczona przez silne struktury kostno-ścięgnowe przestrzeń kanału prowadzą do ucisku. Ucisk najbardziej niszczy delikatną strukturę nerwu pośrodkowego. Powoduje to ból i parestezje. Parestezje są to dziwne odczucia o charakterze mrowienia, drętwienia lub kłucia. Dodatkowo zmniejsza się siła chwytu, a utrzymywane w ręku przedmioty często wypadają. Utrudnione jest zamknięcie dłoni w pięść, a precyzja ruchów bardzo ograniczona. W końcowej fazie może dojść nawet do całkowitego porażenia nerwu i zniesieniu czucia na większej części dłoni oraz uniemożliwienia chwytania.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji

Interwencja chirurgiczna polega na wykonaniu nacięcia skóry w okolicy troczka zginaczy, rozwarstwieniu tkanek, aż do uwidocznienia samego troczka. Następnie przecina się troczek lub (znacznie rzadziej) wykonuje Z-cięcie, które pozwala na wydłużenie troczka bez przerywania jego ciągłości.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Można próbować leczenia zachowawczego, które polega na iniekcji sterydów w okolicę troczka zginaczy oraz przyjmowaniu witaminy B6. Niestety, skuteczność takiej terapii jest bardzo znikoma.

Opis najczęstszych powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną / operacją

Pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu operacyjnego w czasie operacji i po niej może dojść do powikłań, które przeważnie są natychmiast rozpoznawane i leczone.



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUNIĘCIA ZESPOŁU CIEŚNI NADGARSTKA**

Strona 2z3

Wydanie 1
X. 2012r

Wymienione powikłania mogą pojawić się w przebiegu pooperacyjnym u każdego pacjenta, jednak ich ogólna częstość nie jest wysoka. Ich liczba zwiększa się u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych.

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po zaszcyciu skóry, wygojeniu rany i zdjęciu szwów można przystąpić do rehabilitacji. Czas rehabilitacji zależy od stopnia uszkodzenia nerwu. Uszkodzenie lekkie, powodujące drobne parastezje opuszek palców, regeneruje się po kilku miesiącach. Tymczasem ciężkie uszkodzenia, których wynikiem był zanik czucia na prawie całej dłoni i niedowłady, może regenerować się nawet dwa lata. Możliwe jest też, że nerw nigdy nie wróci do pierwotnej sprawności, jednak zdarza się to bardzo rzadko. Z tego względu konieczne należy leczyć zespół ciasnoty nadgarstka wcześniej, już po wystąpieniu pierwszych objawów.

Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej

Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

O czym powinien wiedzieć lekarz

Na ryzyko operacji mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

| | |
|--|----------|
| ◆ Czy wiadomo, że istnieją u Pani/ Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby tj. Choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego? | Tak/ nie |
| ◆ Czy są u pacjenta współistniejące choroby zakaźne np. zapalenie wątroby, AIDS, nosicielstwo bakteryjne (gardło, nos, przewód pokarmowy)? | Tak/ nie |
| ◆ Czy stwierdzone zostały u pacjenta uczulenia lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta? | Tak/ nie |
| ◆ Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek? | Tak/ nie |
| ◆ Czy przy u Pani/ Pana wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło do wzmożonego krwawienia? | Tak/ nie |
| ◆ Czy wcześniej, w przypadku powstania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu? | Tak/ nie |
| ◆ Czy przyjmowane są leki tj. nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepliwość krwi (np. Sintrom, Synkumar, Aspiryna, Acard)? | Tak/ nie |
| ◆ Czy obserwowano u Pani/ Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną? | Tak/ nie |
| ◆ Kobiety w wieku rozrodczym : Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży? | Tak/ nie |



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUNIĘCIA ZESPOŁU CIEŚNI NADGARSTKA**

Strona 3z3

Wydanie 1
X. 2012r

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej

(Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

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

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny.

Lekarz
Przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji

.....
.....

(rodzaj operacji)

Zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji oraz zostałem/ am poinformowany o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu **wyrażam zgodę na planowaną operację.** Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed operacją okoliczności. Moja **zgoda dotyczy** także ewentualnego koniecznego **przetaczania krwi.**

Wiem także, że w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego dla personelu medycznego istnieje możliwość ekspozycji na moją krew lub inny płyn z mojego ciała (wydaliny, wydzieliny). Dlatego w razie zaistnienia takiej sytuacji wtedy, gdy będę znajdował/a się pod wpływem narkozy lub innych środków uspakajających/ nasennych lub narkotycznych leków przeciwbólowych **wyrażam także zgodę na pobranie mojej krwi w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C,** które są niezbędne w postępowaniu poekspozycyjnym dla personelu medycznego.

.....
(data, godzina i czytelny podpis pacjenta)

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza odbierającego formularz zgody)