



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG:

OSTEOTOMIA OKOŁOSTAWOWA STAWU MTP I – PALUCH SZTYWNY (HALUX RIGIDUS)

Paluch sztywny (Hallux Rigidus) jest schorzeniem dotyczącym stopy, wynikającym ze zmian zwyrodnieniowych w obrębie stawu MTP I. W wyniku takiego zaburzenia i pod wpływem codziennego obciążania stopy dochodzi do utrwalania się zmian a w konsekwencji do powstania charakterystycznego wyglądu I stawu MTP, konfliktu z obuwiem oraz narastających dolegliwości bólowych. Chorobie mogą towarzyszyć zmiany w obrębie pozostałych palców stopy. Celem zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych z tą chorobą w stopniu I i II zalecana jest operacja osteotomia okołostawowa stawu MTP I. Najważniejszym wskazaniem do podjęcia leczenia operacyjnego jest ból ograniczający swobodne poruszanie się chorego.

Alternatywne metody leczenia:

W wypadku choroby paluch sztywny nie ma możliwości trwałego wyleczenia przy pomocy metod farmakologicznych lub rehabilitacyjnych. Jest to schorzenie postępujące. Stosowanie ortez, aparatów odciążających nie przyniesie trwałego ustąpienia dolegliwości bólowych. W niektórych przypadkach może spowodować tymczasowe zmniejszenie dolegliwości bólowych, ewentualnie spowolnić narastanie zmian zwyrodnieniowych. Alternatywą leczenia operacyjnego jest:

- Zastosowanie wkładek ortopedycznych, rehabilitacja, zastosowania szerszego obuwia o twardszej podeszwie. Przy występujących silniejszych dolegliwościach bólowych okresowe zażywanie leków przeciw bólowych, blokady sterydowe.

Przygotowanie do zabiegu:

Zalecenia dotyczące przygotowania się do zabiegu zawarte są w zakładce: ABC pacjenta – przygotowanie przedszpitalne.

Zabieg operacyjny:

Celem zabiegu jest zapewnienie prawidłowej funkcjonalności stopy czyli swobodną bez bólową propulsję podczas chodu. (odbicie się z palucha). Kwestia wyglądu i estetyki stopy jest brana pod uwagę ale nie jest głównym celem zabiegu. Zakres zabiegu zależy od stopnia nasilenia deformacji. Zabieg osteotomii okołostawowej stawu MTP palucha wykonywany jest w większości w znieczuleniu przewodowym (o rodzaju znieczulenia decyduje Anestezjolog), gdzie znieczulana jest tylko dolna część ciała. Po znieczuleniu pacjenta następuje założenie opaski pneumatycznej (opaska uciskowa, która poprzez ograniczenie dopływu krwi do kończyny znacznie zmniejsza krwawienie śródoperacyjne, a tym samym skraca czas zabiegu i umożliwia jego dokładne wykonanie). Po zabiegu na oddziale stosowane są środki p-bólowe, przeciwzakrzepowe, oraz antybiotykoterapia okołoperacyjna. Następnego dnia po zabiegu pacjent zaczyna chodzić z asekuracją kuli łokciowej w bucie odciążającym przodostopie z pomocą rehabilitanta. Większość pacjentów jest wypisywana w I dobie po zabiegu operacyjnym i podlega dalszej kontroli w poradni ortopedycznej.

Z powodu zmian zwyrodnieniowych stawu MTP I w stopniu I/II został zalecony Pani/Panu zabieg osteotomii okołostawowej stawu MTP I.

Przebieg zabiegu:

Zabieg osteotomii okołostawowej stawu MTP I polega na opracowaniu stawu MTP I poprzez odpowiednie usunięciu osteofitów wytworzonych w trakcie trwania choroby. Celem tego opracowania stawu jest umożliwienie powrotu pełnego zakresu ruchomości stawu MTP I bez towarzyszących dolegliwości bólowych. W trakcie tego zabiegu nie są stosowane implanty, które miałyby pozostać w stopie na stałe.

Operacje zniekształconych palców od dwa do pięć wykonywane są jednocześnie z korekcją palucha koślawego. Zabiegi te polegają na skorygowaniu osi palca/ów. Służą temu procedury osteotomie, usztywnienia stawów, zabiegi na tkankach miękkich lub połączenie tych zabiegów.

- **Niekiedy, już po rozpoczęciu zabiegu (w szczególności po uwidocznieniu operowanego miejsca), niezbędna może okazać się pewna modyfikacja zakresu zabiegu, uzasadniona względami medycznymi, w tym uzyskaniem optymalnego efektu zabiegu lub Pana(i) bezpieczeństwem.**
- **W czasie zabiegu może okazać się konieczne wykonywanie zdjęć rentgenowskich, co wiąże się z ekspozycją na promieniowanie jonizujące i ryzykiem z tym związanym.**

Ryzyko związane z zabiegiem :

Lekarz, podejmując się wykonania zabiegu, zobowiązuje się do dołożenia wszelkich starań, aby zabieg został przeprowadzony prawidłowo i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Jest ważne, aby miał(a) Pan(i) świadomość, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z wykonywanym zabiegiem.

Nie należy zapominać, że każda procedura medyczna niesie ze sobą ryzyko pewnych powikłań. Na każdym etapie procesu leczenia nasz zespół medyczny dopełni wszelkich starań, aby ograniczyć możliwość ich wystąpienia, jednak zawsze, niezależnie od starań zespołu medycznego, istnieje pewne ryzyko pojawienia się powikłań, również takich, które nie są typowe dla danego zabiegu lub są niemożliwe do przewidzenia.

Powikłania występujące średnio często/ rzadko

Powierzchniowa infekcja rany pooperacyjnej.

Głęboka infekcja Przy tego rodzaju powikłaniu konieczna jest ponowna hospitalizacja oczyszczenie ogniska zapalnego posiew i antybiotykoterapia.

Krwiak (nadmierny) w miejscu rany pooperacyjnej.

Powikłania zakrzepowe: wszystkie zabiegi na stopie wykonujemy w niedokrwieniu. Stosujemy rutynowo profilaktykę p-zakrzepową w postaci heparyn drobnocząsteczkowych. Pomimo tej profilaktyki-zalecanej także po wypisie z oddziału istnieje ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Występujące bardzo rzadko

Zakrzepy i zatory naczyń krwionośnych (płuc, mózgu, serca) - związane z rodzajem wykonanego zabiegu operacyjnego i pooperacyjnego unieruchomienia. Ryzyko tych powikłań zwiększa się u chorych z żylakami kończyn dolnych, miażdżycą, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, utrwalonym migotaniem przedsionków. Powikłania te należą do najcięższych i często kończą się zgonem.

Infekcja dróg moczowych – mogą być związane z koniecznością założenia cewnika w okresie okołoperacyjnym.

Bóle blizny pooperacyjne - związane z uszkodzeniem unerwienia skórno. Może występować nawet wiele lat po operacji.

Ograniczenie ruchomości kończyn- zależy od rodzaju wykonywanego zabiegu operacyjnego.

Bliznowiec (koloid) - jest to zgrubienie blizny poperacyjnej czasem dużych rozmiarów, psujące efekt kosmetyczny. Zrosty pooperacyjne - powstanie zrostów wynika z naturalnej czynności regeneracyjnej.

Martwica skóry, pęcherze troficzne związana z opaską pneumatyczną – zabieg przebiega w niedokrwieniu dzięki opasce pneumatycznej w której ciśnienie musi przewyższyć ciśnienie skurczowe krwi o około 120 mmHg . W bardzo rzadkich przypadkach może to prowadzić do miejscowych pęcherzy troficznych lub martwicy skóry

Odleżyny – mogą wystąpić w związku z długim leżeniem w nieruchomej pozycji, nawet pomimo zastosowanych materacy przeciwoleżynowych.

Żółtaczką zakaźną - wirusowe zapalenie wątroby- spowodowane wszczępieniem wirusa do organizmu. Ryzyko tego powikłania zmniejsza się poprzez stosowanie jednorazowego sprzętu medycznego, przez prawidłową sterylizację i kontrolę preparatów krwi. Ponadto można dokonać szczepienia uodparniającego w okresie 2-3 tygodni przed planowym zabiegiem.

- **Ponadto, każda procedura medyczna może wiązać się z pewnym ryzykiem dla zdrowia psychicznego, w tym z wystąpieniem depresji w okresie pooperacyjnym.**

Po zabiegu.

Po zabiegu mogą – ale nie muszą – pojawić się pewne dolegliwości. Ich rodzaj i nasilenie są kwestią indywidualną, zależną od wielu czynników, m.in. od indywidualnej wrażliwości pacjenta na ból. Zwracamy się z prośbą o zgłaszanie ewentualnych dolegliwości personelowi medycznemu – w zależności od ich rodzaju i nasilenia możliwe są różne metody ich łagodzenia, m.in. poprzez podanie odpowiednich środków przeciwbólowych.

Przestrzeganie zaleceń pooperacyjnych może mieć kluczowe znaczenie zarówno dla zapewnienia optymalnego efektu zabiegu, jak również dla ograniczenia ryzyka wystąpienia ewentualnych dolegliwości i powikłań. Szczegółowe zalecenia pooperacyjne zostaną Panu(i) przekazane przez lekarza po zabiegu. Szczególnie istotnym warunkiem powodzenia zabiegu jest często rehabilitacja – sformułowanie jej zakresu oraz czasu trwania, tak jak pozostałych zaleceń pooperacyjnych, będzie możliwe dopiero po zabiegu.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami i ewentualnym dodatkowym wyjaśnieniu wątpliwości na wizycie w szpitalu, będzie Pani/Pan poproszona/y o podpisanie dobrowolnej i świadomej zgody na wykonanie u Pani/Pana zabiegu zaproponowanego przez lekarza. W treści zgody podpisze Pani/Pan co następuje:

1. **Oświadczam, że w pełni zrozumiałam(em) informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.**
2. **Przyjmuję do wiadomości, że informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem mają zastosowanie do planowanego u mnie zabiegu.**
3. **Potwierdzam, że miałam(em) wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z informacjami zawartymi w tym formularzu oraz przekazanymi mi podczas rozmowy z lekarzem.**

4. Potwierdzam, że miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu oraz uzyskania wyczerpujących i zrozumiałych dla mnie odpowiedzi i wyjaśnień.
5. Zgadzam się całkowicie zarówno z przedstawioną diagnozą, jak i z zaproponowanym sposobem leczenia.
6. Potwierdzam, że moja zgoda na proponowany zabieg jest przemyślana, świadoma i dobrowolna.
7. Zdaję sobie sprawę, że ostateczny efekt planowanego zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań zależy również od przestrzegania przeze mnie zaleceń dotyczących przygotowania do zabiegu oraz w szczególności zaleceń dotyczących rehabilitacji.
8. Wyrażam zgodę na niemożliwą do przewidzenia przed zabiegiem modyfikację zakresu procedur medycznych oraz na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed zabiegiem procedur medycznych, jeśli zaistnieje taka potrzeba, uzasadniona względami medycznymi, a w szczególności zagrożeniem mojego życia, ryzykiem wystąpienia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
9. Wyrażam zgodę na pobranie krwi w kierunku badań HIV, wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób przenoszonych drogą krwiopochodną, jeśli podczas zabiegu lub wykonywania u mnie innych procedur medycznych dojdzie do skaleczenia personelu
10. Dotyczy zabiegów z wykorzystaniem promieniowania jonizującego: Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć rentgenowskich podczas zabiegu i całej hospitalizacji.
11. Zgadzam się / Nie zgadzam się na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w czasie operacji lub bezpośrednio po operacji, jeśli zajdzie taka potrzeba uzasadniona względami medycznymi.

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

.....
Data i czytelny podpis PACJENTA

.....
Data i podpis LEKARZA