**PROTOKÓŁ PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO OPERACJI  Z OŚWIADCZENIEM ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DGN**: ZESPÓŁ KANAŁU NADGARSTKA I GUYON’A

**PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY**: UWOLNIENIE NERWU POŚRODKOWEGO I ŁOKCIOWEGO

* **WYWIAD**
* **Skargi / oczekiwania:**
* **Przeciwwskazania:** niestabilne nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba niedokrwienna serca, skazy naczyniowe i zaburzenia krzepnięcia, przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi, immunosupresyjnych i cytotoksycznych, niedokrwistość, duszności w wywiadzie, stany zapalne żył kończyn dolnych, cukrzyca niestabilna, znaczna otyłość [BMI > 35 kg/m2], nadczynność/niedoczynność tarczycy niewyrównana, infekcja ropna skóry, ciąża.
* **Choroby przewlekłe**:
* żylaki kk dolnych:
* zaburzenia krzepnięcia:
* **Leki:**
* wpływające na krzepnięcie
* hormony płciowe
* **Historia medyczna:**
* **Operacje:**
* **Hospitalizacje**
* **Ciężkie choroby zakaźne:** wzw , gruźlica, choroby weneryczn
* **Ciąże:**
* **Uczulenia:**
* **Obciążenia rodzinne:**
* **Papierosy:**
* **BADANIE PRZEDMIOTOWE**
* waga / BMI:
* zanik mięśni m-kostnych
* osłanienie czucia w zakresie P5
* objaw Froment’a:[brak funkcji m.przywodziciela kciuka]
* objaw Wartenberga: odstawanie 5 palca
* objaw Tinela w okolicy łokcia
* **DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA W ZAŁĄCZENIU**
* **BADANIA DODATKOWE**
* morfologia krwi, grupa krwi, układ krzepnięcia [INR, APTT], CRP, elektrolity we krwi [Na, K], kreatynina we krwi, glukoza we krwi, białko we krwi, badanie ogólne moczu, HbsAb, antyHCV, TSH,
* EKG,
* RTG płuc jeśli nie było wykonywane w ciągu ostatnich 12 miesięcy
* EMG nerwu łokciowego / pośrodkowego
* **PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**
* **Środki wpływające na krzepnięcie** należy zaprzestać zażywać na 10 dni przed zabiegiem
* Należy być zdrowym
* **Zakaz palenia 6 tygodni przed i po operacji - w przypadku braku zastosowania się do tego zalecenia Pacjent akceptuje znamiennie większe ryzyko wystąpienia zakażenia rany operacyjnej, opóźnionego gojenia rany, miejscowej martwicy tkanek oraz gorszych efektów operacji.**
* W przypadku obecności żylaków kk dolnych zostaną założone **pończoch uciskowe** - profilaktyczne lub II stopień ucisku w przypadku profilaktyki wtórnej
* W przypadku znieczulenia ogólnego dniu zabiegu należy być **na czczo** **(nie jeść co najmniej 6 godzin i nie pić 4 godziny przed planowaną operacją).**
* Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym **kąpiel** po bieżącą wodą w mydle antyseptycznym.
* Przed zabiegiem należy z**myć makijaż, lakier z paznokci, zdjąć wszelką biżuterię**
* Przewidywana śródoperacyjna duża utrata krwi wymaga zamówienia **koncentratu krwinek czerwonych**
* W okresie okołooperacyjnym podawane będą **dożylnie antybiotyki**
* Podawana będzie 12 godz przed zabiegiem podskórnie **heparyna drobnocząsteczkowa** [Clexane 40mg] lub 20 mg Clexane 2 godz przed zabiegiem oraz po operacji przez 7-10 dni
* Przed zabiegiem zostanie założona do **żyły kaniula**;
* Na skórę naniesione zostaną **oznaczenia / linie**, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.
* Zrobiony zostanie **komplet zdjęć**.
* **PLAN ZABIEGU**
* Zabieg wykonuje się u chorych z uciskiem nerwu łokciowego w rowku na wysokości stawun łokciowego
* Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych.
* Celem zabiegu jest uwolnienie nerwu łokciowego mające na celu zapobiec dalszemu jego uszkodzeniu oraz pozwolić na regeneracją
* Operacja w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym
* Czas trwania zabiegu:
* **Opis zabiegu:**
* Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach z kończyną górną odwiedzioną na stoliku bocznym.
* Operację możan wykonywać w czasowym niedokrwieniu kończyny
* Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonym miejscu.

 

* Po dojściu no nerwu pośrodkowego / łokciowego uwalnia się go z okolicznych tkanek
* Kontroluje się ranę celem zaopatrzenia miejsc krwawienia oraz usunięcia narzędzi chirurgicznych i materiałów opatrunkowych.
* Operację kończy się założeniem drenów, które mają za zadanie usuwanie oraz kontrolę ewentualnego krwawienia pooperacyjnego.
* Na ranę zakłada się szwy warstwowe mocujące oraz opatrunki jałowe.
* Leczenie alternatywne:
* Leczenie nieoperacyjne:

- modyfikacja aktywności ruchowej [powstrzymanie się od ćiczeń m. tricepsa, stosowanie poduszki pod łokieć] modyfikacje ułożenia[ unikanie długiego zginania w łokciu oraz kładzenia łokci a na twardych powierzchniach]; zakładanie szyny na noc; wykonywanie odpowiednich ćwiczeń ruchowych;

* Zaniechanie proponowanego leczenia może skutkować następującymi powikłaniami zdrowotnymi: spowoduje utrzymanie obecnego stanu miejscowego lub jego progresję
* **POSTĘPOWANIA POOPERACYJNE -** ostateczne zalecenia zostaną wydane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
	+ - PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h  / KETONAL FORTE tab. a 100 mg: 1 tab co 12 h;/ TRAMAL tabl. 100 mg: 1 tab co 8 h
	+ FRAXIPARINE 0,4 ml / CLEXANE 40 mg No 10: 1 x 1 sc przez 10 dni;
	+ ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
	+ TRILAC 3 x 1 kaps.; 2 godz po antybiotyku
	+ CYCLO3FORT – 3 X 1 kaps.;
	+ LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
	+ GAZA 1 m2; GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
	+ płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny] / MICRODACYN / OCTENISEPT
	+ OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ [ELASTOPOR STERIL 8 cm x 10 cm; 8 cm x 15 cm 8 cm x 20 cm];
	+ BADNAŻ; PRZYLEPIEC / PLASTER MEDYCZNY / CODOFIX [siatka opatrunkowa];
	+ PASKI STRI STRIP
	+ ALANTAN PLUS maść;
	+ KELO-COTE / DERMATIX / SUTRICON   gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
* Dolegliwości bólowe występujące bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni mogą być kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych.
* Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu.
* W miejscy operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
* Po zabiegu zakładana jest szyna grzbietow, którą należy nosić przez 7-10 dni
* Toaleta rany: do 5 dobiy po zabiegu zmiana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 5 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* **Usunięcie szwów za 14 / 21 dni**
* **Po usunięciu szwów do czasu odpadnięcia strupów smarować blizny ALANTANEM PLUS 2- 3 x dz**
* **Po odpadnięciu strupów należy zacząć stosować żele silikonowe lub opatrunki uciskowe a w przypadku przerastania blizn odzież uciskową.**
* **Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku [filtr UV > 30]**
* Oszczędzający tryb życia 14 dni [ oraniczenie ruchomości kończyny w syawie łokciowym]; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa, powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po  6-8 tygodni.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 2-3 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia /zabrudzenia rany należy ją przemyć preparatem antyseptycznym.
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych**
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.
* **POWIKŁANIA**

**MOŻLIWE POWIKŁANIA [należy uwzględnić możliwość wystąpienia każdego z niżej podanych powikłań podejmując decyzję o wyrażeniu zgody na proponowany zabieg]**

* Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do **utraty zdrowia lub życia włącznie**. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem **blizny** - wygląd blizny pooperacyjnej uzależniony jest od wielkości cięcia oraz od właściwości osobniczych chorego.
* Możliwe **powikłania miejscowe**: ból w okolicy stawu łokciowego, tkliwość blizny, upośledzenie czucia w okolicy łokcia i przedramienia, nieustąpienie lub nawrót dolegliwości, krwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek a w przypadku kończyn prowadzące do amputacji), zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, odczyn na nici chirurgiczne, powstanie surowiczaka, rozejście się brzegów rany, powstanie fałdów skórnych wokół blizny, powstanie szpecącej, przerośniętej lub przykurczającej blizny, przeczulica (ból) lub zdrętwienie oraz utratę czucia w okolicy operowanej, przebarwienie lub zwiotczenie skóry, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.
* Możliwe **powikłania ogólnoustrojowe**: gorączka, zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, zakażenie łożyska naczyniowego, uogólniona odpowiedź zapalna na zakażenie miejscowe, nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, wystąpienie zatorowości płucnej, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.
* **Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.**

**OŚWIADCZENIE LEKARZA OPERUJĄCEGO**

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ

*Zgodnie z art. 15 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Z 2011 nr 277 poz 164), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego, niżej opisanego leczenia chirurgicznego.*

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.

Zostałem(am) poinformowany(a):

- O rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku.

- O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia

- O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.

**Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych.** (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)

**Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym.**

**Zgadzam się** na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami sztuki medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

**Zgadzam się** na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

**Całkowicie rozumiem, iż możliwości zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, że medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu.**

**Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.**

**Proszę o wykonanie proponowanej operacji.**

**Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia w wywiadzie lekarskim i nie stwierdzono u mnie schorzeń wymienionych w przeciwwskazaniach*.***

**Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich co do leków oraz postępowanie okołooperacyjnego i do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach.**

**W przypadku nie przestrzegania zaleceń lekarskich lub zatajenia rozpoznanych schorzeń i występujących dolegliwości, biorę pełną i osobistą odpowiedzialność za zaistniałe powikłania pooperacyjne.**

**Potwierdzam otrzymanie listy szczegółowych zaleceń pooperacyjnych.**

*Zostałem/am poinformowany/a o kosztach leczenia, które akceptuję.*

Ewentualne uwagi pacjenta:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Podpis pacjenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis i dane lekarza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr n. med. Ryszard Mądry Chirurg Plastyczny - 3898704**

**ZALECENIA POOPERACYJNE**

[ostateczne zalecenia zostaną wydane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego]

* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
	+ - PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h  / KETONAL FORTE tab. a 100 mg: 1 tab co 12 h;/ TRAMAL tabl. 100 mg: 1 tab co 8 h
	+ FRAXIPARINE 0,4 ml / CLEXANE 40 mg No 10: 1 x 1 sc przez 10 dni;
	+ ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
	+ TRILAC 3 x 1 kaps.; 2 godz po antybiotyku
	+ CYCLO3FORT – 3 X 1 kaps.;
	+ LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
	+ GAZA 1 m2; GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
	+ płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny] / MICRODACYN / OCTENISEPT
	+ OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ [ELASTOPOR STERIL 8 cm x 10 cm; 8 cm x 15 cm 8 cm x 20 cm];
	+ BADNAŻ; PRZYLEPIEC / PLASTER MEDYCZNY / CODOFIX [siatka opatrunkowa];
	+ PASKI STRI STRIP
	+ ALANTAN PLUS maść;
	+ KELO-COTE / DERMATIX / SUTRICON   gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
* Dolegliwości bólowe występujące bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni mogą być kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych.
* Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu.
* W miejscy operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
* Po zabiegu zakładana jest szyna grzbietow, którą należy nosić przez 7-10 dni
* Toaleta rany: do 5 dobiy po zabiegu zmiana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 5 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* **Usunięcie szwów za 14 / 21 dni**
* **Po usunięciu szwów do czasu odpadnięcia strupów smarować blizny ALANTANEM PLUS 2- 3 x dz**
* **Po odpadnięciu strupów należy zacząć stosować żele silikonowe lub opatrunki uciskowe a w przypadku przerastania blizn odzież uciskową.**
* **Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku [filtr UV > 30]**
* Oszczędzający tryb życia 14 dni [ oraniczenie ruchomości kończyny w syawie łokciowym]; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa, powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po  6-8 tygodni.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 2-3 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia /zabrudzenia rany należy ją przemyć preparatem antyseptycznym.
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych**
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.