

# HalluxCenter

## FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY

### Pacjent

Imię i nazwisko .....

PESEL/Data urodzenia pacjenta .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

### Zespół operacyjny

Operator: .....

Asysta: .....

Instrumentariuszka: .....

Operacja dotyczy stopy:		
LEWEJ*	OBU STÓP*	PRAWY*
Nazwa zabiegu operacyjnego:		
Chirurgiczna korekcja palucha koślawego*		
Chirurgiczna korekcja palucha sztywnego*		
Chirurgiczna korekcja palca* / palców młotkowatych*		

(\* niepotrzebne skreślić)

**Szanowni Państwo**

**Uprzejmie prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami dotyczącymi leczenia oraz o wyrażenie i podpisanie (we wszystkich 3 miejscach na końcu tego formularza) zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego.**

**zespół lekarzy HalluxCenter**

**Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta**

**Paluch koślawy** - jest to choroba polegająca na deformacji stawu śródstopno-paliczkowego palucha. Objawia się: bolesnością, pieczeniem, zaczerwienieniem i okresowym obrzękiem okolicy tego stawu oraz postępującym zakrzywieniem osi palucha.

**Palce młotkowate** - są to deformacje palców II, III i IV stopy. Najczęściej problem dotyczy palca II i polega na postępującym przykurczu zgięciowym palca, który prowadzi do wytworzenia się bolesnych odcisków, zwiczeń w stawach śródstopno-paliczkowych oraz międzypaliczkowych, nakładania się palców jeden na drugi i innych deformacji powodujących często silne dolegliwości bólowe. Leczenie polega na operacyjnej korekcji stawów międzypaliczkowych bliższych, osteotomii kości śródstopia oraz wydłużeniu bądź przecięciu ścięgien mięśni prostowników palca.

**Paluch sztywny (hallux rigidus)** - jest chorobą polegającą na znacznym ograniczeniu ruchomości w stawie śródstopno-paliczkowym palucha. Często wiąże się z występowaniem uporczywych dolegliwości bólowych, obrzęków oraz stanów zapalnych.

**Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**

Celem operacji jest poprawa ustawienia palucha, zmiana patologicznych ustawień kości śródstopia oraz paliczek w obrębie stopy. Operacja ma na celu zatrzymanie progresji postępującej deformacji stopy, poprawę efektu wizualnego, funkcjonalnego oraz zmniejszenia odczuwalnych dolegliwości bólowych.

Zabieg wykonywany jest przez doświadczony zespół lekarzy HalluxCenter, z zachowaniem należytej staranności, opierając się na sprawdzonych metodach leczenia opisanych w aktualnych doniesieniach literatury medycznej oraz wiedzy w zakresie chirurgii stopy.

Cięcie skórne wykonywane jest po przyśrodkowej stronie stawu śródstopno-paliczkowego, przedłużone na przyśrodkową część I kości śródstopia w zakresie niezbędnym do korekcji wady i postępu dalszych etapów operacji.

Czasem istnieje konieczność wykonania dodatkowych cięć skórnych w obrębie palców oraz śródstopia.

Zabieg polega na wykonaniu osteotomii (czyli przecięcia kości), a następnie na zmianie jej ustawienia, co pozwala skorygować wadę.

Osteotomię wykonuje się w obrębie pierwszej kości śródstopia (osteotomia typu Chevron lub Scarf) lub jeżeli warunki anatomiczne wymagają także osteotomię w obrębie paliczka bliższego (osteotomia typu Akin). Stabilizacja skorygowanego ustawienia przeciętej kości wykonywana jest przy pomocy implantu – śruby Herberta, która ma za zadanie utrzymać korekcję do czasu wytworzenia się zrostu tej kości w nowym położeniu. Nadmiar kości oraz patologicznie zmienionych tkanek jak rozciągnięta torba stawowa jest usuwany w zakresie niezbędnym do korekcji wady. Podczas operacji chirurg dokonuje także korekcji w obrębie tkanek miękkich jak kapsulotomia przyśrodkowa (usunięcie nadmiaru torebki stawowej), przecięcie ścięgien przywodzicieli, nastawienie trzszczek i inne niezbędne do korekcji wady. W przypadku bardzo nasilonych zmian połączonych ze zwyrodnieniem stawu śródstopno–palczkowego istnieje konieczność częściowego usunięcia zwyrodniałego stawu poprzez usunięcie części kości paliczka bliższego (osteotomia Kellera). Rana skórna zamknięta jest szwem. Po zabiegu zastosowany jest opatrunek utrzymujący korekcję tkanek miękkich.

Podczas zabiegu stosowana jest profilaktyka przeciwzakrzepowa oraz antybiotykoterapia.

Gdy współistnieje dodatkowa wada pozostałych palców – palce młotkowate - istnieje możliwość wykonania korekcji także tej deformacji. Operacja polega na korekcji wady poprzez między innymi: wydłużenie ścięgien prostowników, przecięcie torebki stawowej, nastawienie zwichniętego stawu, osteotomię kości śródstopia (osteotomia Weila).

W zależności od warunków śródoperacyjnych lekarz przeprowadzający operację może zdecydować o konieczności stabilizacji skorygowanej wady przy pomocy druta, który zostaje wyprowadzony przezskórnie u szczytu palca. Druć ten usuwany jest po wygojeniu tkanek w skorygowanym położeniu zwykle po okresie około miesiąca.

O wyborze sposobu leczenia deformacji u każdego pacjenta ostatecznie decyduje lekarz przeprowadzający zabieg, opierając się na odpowiednich wskazaniach opisanych w literaturze, doświadczeniu zawodowym, bierze pod uwagę także takie czynniki jak wiek, stan zdrowia, styl życia i aktywność pacjenta. Wybór metody leczenia ostatecznie może być wybrany bądź zmieniony przez chirurga śródoperacyjnie.

## **Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną operacją**

Operacja korekcji palucha koślawego lub korekcji palców młotkowatych może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych):

- zakrzepica powierzchowna - zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych, objawiająca się zaczerwienieniem i bolesnością na przebiegu naczynia żylnego
- powstanie odczynu zapalnego skóry i tkanki podskórnej wzdłuż linii cięcia skóry (z możliwym przebarwieniem skóry tej okolicy)
- zakażenie rany pooperacyjnej. Może to prowadzić do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok w ranie pooperacyjnej. Może także być przyczyną krwawień septycznych - wycieku chłonki z rany pooperacyjnej. Przedłuża gojenie się rany i opóźnia powrót do normalnej aktywności. Leczenie zakażenia wiąże się z antybiotykoterapią. W sytuacji opornego zakażenia czasem istnieje konieczność usunięcia implantu.
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną)
- uszkodzenie nerwów czuciowych w obrębie danego palca stopy. Jest to powikłanie niegroźne, ale może być uciążliwe. Może prowadzić do przeczulicy lub niedoczulicy skóry w obrębie dalszej części goleni.
- zaburzenia zrostu kości, która jest przecięta i ustabilizowana w nowym skorygowanym położeniu, wytworzenie się patologicznego stawu w miejscu osteotomii (staw rzekomy). Ryzyko zaburzenia zrostu kości wzrasta w przypadku występowania cukrzycy, palenia papierosów, złego ogólnego stanu zdrowia, braku stosowania się do zaleceń w postaci stosowania obuwia pooperacyjnego, zbyt wczesnego obciążania stopy po zabiegu.
- uczulenie lub odczyn zapalny na stosowany implant lub nici chirurgiczne. Mimo stosowania nowoczesnych i hipoalergicznym metalowych implantów, może w bardzo rzadkich przypadkach wystąpić nadreaktywność na ten metal, wymagająca wykonania ponownej operacji usunięcia implantu i wymiany na inny.
- powikłania związane ze znieczuleniem.
- reakcja anafilaktyczna (silna reakcja uczuleniowa), spowodowana uczuleniem na podane leki.
- zakrzepica żył głębokich, polegająca na powstaniu skrzepliny w układzie żył głębokich. Objawy zakrzepicy żył głębokich to obrzęk i ból kończyny. Zakrzepica żył głębokich może być powikłana zatorowością płucną. Objawami zatorowości płucnej mogą być nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwioplucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyśpieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca.
- zaburzenia ukrwienia operowanego palca spowodowane zaburzeniami naczyń krwionośnych doprowadzających krew do tego palca. Ryzyko zaburzeń naczyniowych wzrasta w przypadku występowania cukrzycy, palenia papierosów, złego ogólnego stanu zdrowia. W skrajnych choć niezmiernie rzadkich przypadkach istnieje ryzyko wystąpienia martwicy operowanego palca wymagającego amputacji.

- uszkodzenie skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny
- przerośnięte blizny (bliznowce), które mogą powstawać z powodu skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia ran pooperacyjnych.

**Uprzejmie prosimy o zapoznanie się z treścią poniższych oświadczeń i podpisanie ich we wszystkich 3 miejscach wraz z dzisiejszą datą.**

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, przyjmowanych leków oraz przebytych chorobach.

**Data ..... podpis Pacjenta .....**

Data ..... podpis przedstawiciela ustawowego .....

Oświadczam, że zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* przez lekarza o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

Oświadczam, że jest dla mnie zrozumiałe, że w związku z leczeniem mogą wystąpić jego powikłania. Udzielono mi szczegółowych informacji na temat rodzajów możliwych powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych.

Poinformowano mnie również o spodziewanym przebiegu pooperacyjnym, jak również o odstępstwach w jego przebiegu. Oświadczam, że miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia

oraz że otrzymałem/łam\* na nie odpowiedzi.

Jeżeli macie Państwo pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

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

**Data ..... podpis Pacjenta .....**

Data ..... podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Data ..... podpis lekarza udzielającego informacji o**

**proponowanej metodzie leczenia .....**

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

**Data ..... podpis Pacjenta .....**

Data ..... podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data ..... podpis Pacjenta .....

Data ..... podpis przedstawiciela ustawowego .....

Uzasadnienie przez Pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji:

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