

OŚWIADCZENIE PACJENTA

ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ

Imię i nazwisko: PESEL.....

Zgodnie z art. 15 i następną 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 dentystry (Dz. U. Z 2011 nr 277 poz 164. brzmienie od 23 grudnia 2011 do 31 grudnia 2011), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego, niżej opisanego leczenia chirurgicznego.

Proponowany zabieg operacyjny: OPERACJA REDUKCYJNA PIERSI

PREDYSPOZYCJE/CEL

Zabieg wykonuje się u chorych płci męskiej z przerośniętymi piersiami

Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych i estetycznych.

Celem zabiegu jest zmniejszenie piersi do proporcji odpowiadającej płci oraz odpowiednie umiejscowienie kompleksu brodawka - otoczka

OPIS ZABIEGU

Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach. Chory jest znieczulony ogólnie. Czasami jeśli tego wymaga stan miejscowy wykonuje się rysunki wyznaczające linie cięć oraz stanowiące punkty orientacyjne w trakcie operacji. Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonych miejscach.

W zależności od wielkości piersi wykonuje się cięcie okołotoczkowe lub pod fałdem piersiowy - rodzaj cięcia jest omawiany z pacjentem przed zabiegiem. Przez otwór w cięciu usuwany jest nadmiar tkanek miękkich piersi. Jeśli w wyniku przerośnięcia piersi dochodzi do opadnięcia kompleksu brodawka-otoczka wykonywane jest w trakcie zabiegu jego podniesienie. W zależności od miejscowego stanu klinicznego kompleks brodawka otoczka może być przeniesiony na szypule tkanek [bez odcinania] lub w formie wolnego przeszczepu. Pobrany materiał tkankowy jest wysyłany do badania hist-pat.



Jeśli wykonuje się zabieg poprzez wykonanie liposukcji, to po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się 5 mm cięcia w wyznaczonych miejscach na piersiach. Poprzez wykonane cięcia wprowadza się za pomocą kaniul płyn tumescencyjny, którego zadaniem jest „rozpułchnienie” tkanki tłuszczowej. Następnie pobiera się tkankę tłuszczową za pomocą odsysania przez specjalne kaniule w celu zmniejszenia objętości piersi.

PRZYGOTOWANIE

Poza rutynowymi badaniami laboratoryjnymi [morfologia krwi, grupa krwi, układ krzepnięcia, elektrolity we krwi, kreatynina we krwi, glukoza we krwi, białko we krwi] w zależności od stanu zdrowia pacjenta, lekarz może zlecić również inne badania dodatkowe np. EKG, RTG płuc czy USG jamy brzusznej.

Wskazane jest badanie RTG płuc jeśli nie było wykonywane w ciągu ostatnich 12 miesięcy [jeśli tak, to prosimy o dostarczenie wyniku].

Jeśli zabieg odbywa się w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym należy **pozostać na czczo na 6 godzin** przed rozpoczęciem operacji.

W przypadku, gdy przewidywana jest w trakcie zabiegu większa **utrata krwi** zostanie zamówiony przed zabiegiem koncentrat krwinek czerwonych i wykonane badanie zgodności krzyżowej krwi pacjenta z krwinkami dawcy. Preparat krwi zostanie przetoczony tylko jeżeli wystąpią do tego wskazania.

Pacjenci **palący papierosy** w związku z ich negatywnym wpływem na proces gojenia będą proszeni o zaprzestanie palenia na trzy tygodnie przed i po operacji. Muszą się oni też liczyć z tym, że wielu chirurgów dla dobra pacjenta może odstąpić od wykonania operacji u aktywnych palaczy nie będących w stanie rzucić palenia w tym okresie.

Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym **kąpiel** po bieżącą wodą w mydle antyseptycznym.

Tuż przed zabiegiem zostanie założona do żyły kaniula służąca do podawania leków; cewnik moczowy jeśli przewidywany czas zabiegu jest dłuższy od 2 godz i bandaż elastyczny na kończyny dolne w przypadku obecności żyłaków.

Na skórę naniesione zostaną **oznaczenia / linie**, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.

Zrobiony zostanie również **komplet zdjęć**.

PRZECIWWSKAZANIA

Przeciwwskazaniami do zabiegu są: 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, nadczynność/niedoczynność tarczycy niewyrównana, infekcja ropna skóry, ciąża, zalecenia onkologa – proszę bezwzględnie poinformować lekarza jeśli pacjent stwierdzi, iż któreś z powyższych przeciwwskazań do operacji występuje u niego. W przypadku podpisania zgody przez pacjenta, przy obecności, któregoś z w/w przeciwwskazań do zabiegu przyjmuje się, chory akceptuje i bierze na siebie odpowiedzialność za zwiększone ryzyko wystąpienia niżej wymienionych powikłań.

RODZAJ ZNIECZULENIA

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym.

CZAS TRWANIA ZABIEGU

Czas trwania zabiegu wynosi od 1 do 2 godzin w zależności od miejscowych warunków anatomicznych.

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU I PRZEBIEG REKONWALESCENCJI

Dolegliwości bólowe kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych występują bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni. Mogą się one nasilać w pewnym stopniu przy wzmożonej aktywności ruchowej i wymagać doustnych leków przeciwbólowych przez następne kilka tygodni. 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 przypadku wydłużonego czasu zabiegu lub w przypadku obecności dodatkowych obciążeń w okresie okołoperacyjnym mogą być podawane dożylnie antybiotyk oraz podskórnie heparyna drobnocząsteczkowa celem zastosowania profilaktyki przeciwbakteryjnej i przeciwzakrzepowej.

W okolicach operowanych umieszczane są dreny, których zadaniem jest odprowadzanie wydzieliny surowiczo – krwistej z pola operacyjnego. Dren jest usuwany gdy ilość wydzieliny ograniczy się do wielkości poniżej 30 ml / dzień [najczęściej 1-3 doba po zabiegu], może się jednak w indywidualnych przypadkach wydłużyć.

W dniu operacji opatrunek jest uzupełniany założeniem bandaża lub odpowiedniego gorsetu elastycznego elastycznego, który należy nosić w dzień i noc przez 4 tygodnie oraz przez dzień w trakcie kolejnych dwóch tygodni.

Po operacji w 1 lub 2 dniu zostanie zdjęty opatrunek. Szwy usuwane będą po około 14 dniach po zabiegu. Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 2 dni po usunięciu drenu lub ustąpieniu wydzieliny z rany. Powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po upływie 10-14 dni od zabiegu, a do ćwiczeń fizycznych po upływie 6-8 tygodni. Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku.

U pewnej grupy pacjentów może dojść po operacji do gromadzenia się płynu surowiczego w tkance podskórnej, wymagającego ewakuacji drogą kilku kolejnych nakłuć (punkcji).

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.

Efekt pierwotny operacji jest widoczny zaraz po zabiegu. Z czasem obrzęk operacyjny tkanek ustąpi, ich struktura ulegnie przebudowie, linie cięć zbledną. Efekt ostateczny zabiegu zależy od stanu ogólnego i miejscowego chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 - 18 miesięcy.

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

1. Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do **utrąty zdrowia lub życia włącznie**. Każde nacięcie skóry **jest zawsze** związane z powstaniem blizny.

2. **Możliwe powikłania miejscowe:** kkrwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek), zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, odczyn na nici chirurgiczne, powstanie surowiczaka, rozejście się brzegów rany, powstanie szpecącej, przerośniętej lub przykurczającej blizny, przeczulica (ból) lub zdrętwienie oraz utratę czucia w okolicy operowanej, przebarwienie lub zwiotczenie skóry, powolny nawrót opadnięcia lub przerostu tkanek piersi prowadzący do powstania ptozy lub pseudoptozy piersi, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.

3. **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**.

4. **Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.**

CZAS W KLINICE

Pobyty w szpitalu zależny jest od rodzaju, wielkości i postępu gojenia się rany, ale najczęściej nie jest on krótszy niż 1- 3 dni. Chory po leczeniu dostaje wstępnie 30 dni zwolnienia lekarskiego.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

Alternatywnym leczeniem do proponowanego jest:

- > wykonanie liposukcji - może wymagać powtórnych zabiegów
- > usunięcie piersi z cięcia okołootoczkowe
- > usunięcie piersi z cięcia w fałdzie podpiersiowym
- > przeniesienie kompleksu brodawka - otoczka na szypule tkankowej
- > przeniesienie kompleksu brodawka - otoczka w formie wolnego przeszczepu

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:

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/miejscowym.

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.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego oświadczenia / w wywiadzie lekarski.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich co do leków oraz postępowanie okołoperacyjnego 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.

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**