

## 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.

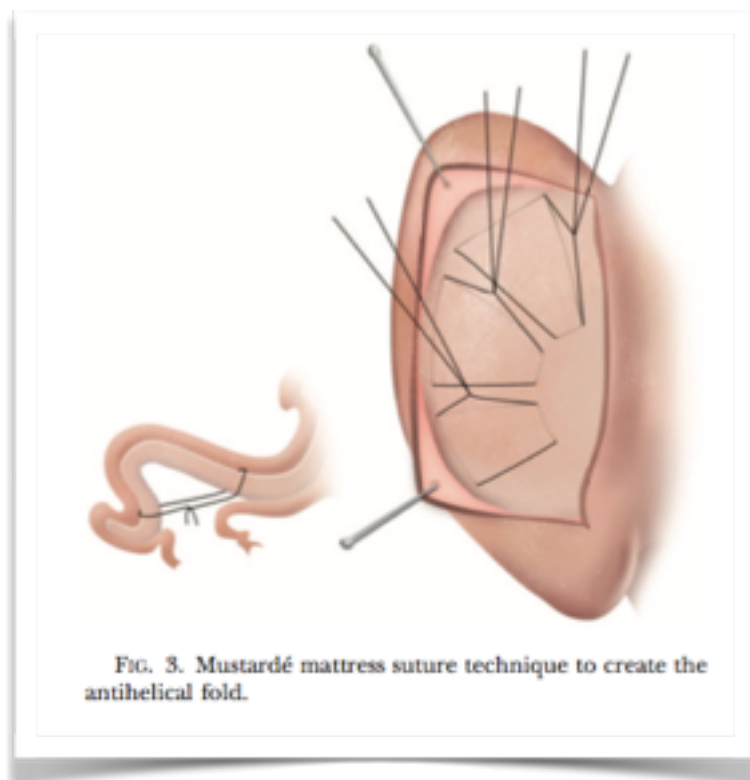
#### Proponowany zabieg operacyjny:

##### PREDYSPOZYCJE/CEL

Zabieg wykonuje się u chorych z odstającymi małżowinami usznymi  
Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych i estetycznych jako korekcja wady wrodzonej.  
Celem zabiegu jest zbliżenie małżowin usznych do głowy.

##### OPIS ZABIEGU

Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach. Chory jest znieczulony miejscowo. 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 wyznaczonej osi grobelki małżowiny usznej. Następnie po odwarstwieniu skóry od chrząstki małżowiny wykonuje się jej plastykę z wytworzeniem grobelki poprzez założenie koncentrycznych szwów niewchłaniających po jej bokach. Następnie kontroluje się ranę celem zaopatrzenia miejsc krwawienia oraz usunięcia narzędzi chirurgicznych i materiałów opatrunkowych. Operację kończy się założeniem szwów mocujących.



## PRZYGOTOWANIE

Ponieważ zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym u pacjentów bez obciążeń w wywiadzie zwykle nie wykonuje się przed tego typu operacją badań dodatkowych. Niemniej jednak lekarz czasami może zlecić również inne badania dodatkowe np. EKG, RTG płuc czy USG jamy brzusznej.

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, znaczna otyłość [BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>], 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 miejscowym.

## CZAS TRWANIA ZABIEGU

Czas trwania zabiegu wynosi od kilkudziesięciu minut do 1 godziny 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.

Po operacji w 1 lub 2 dniu zostanie zdjęty opatrunek. Szwy usuwane będą po około 7- 14 dniach po zabiegu. Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 3 dni po 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.

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.

Po około 4 tyg od wygojenia się ran należy zacząć stosować żele lub opatrunki uciskowe a w przypadku przerastania blizn odzież uciskową.

Przez okres co najmniej 14 tygodni po operacji należy nosić bandaż elastyczny w dzień i w nocy a przez kolejne dwa tylko w nocy.

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 osiągniany 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 **utraty zdrowia lub życia włącznie**. Każde nacięcie skóry **jest zawsze** związane z powstaniem blizny.

2. **Możliwe powikłania miejscowe**: krwawienie, 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, nawrót odstawania małżowiny, 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

Pobył w szpitalu wynosi 1 dzień. Chory po leczeniu dostaje wstępnie 30 dni zwolnienia lekarskiego.

#### ALTERNATYWNE METODY LECZENIA

Proponowane leczenie jest leczeniem z wyboru w/w schorzeniu, dającym najlepszy efekt leczniczy. Zaniechanie proponowanego leczenia może skutkować następującymi powikłaniami zdrowotnymi:  
> spowoduje utrzymanie obecnego stanu miejscowego.

#### 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.

Zgadzam się na operację w znieczuleniu 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 – w wywiadzie lekarskim.**

**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.**

Ewentualne uwagi pacjenta: .....

Data: .....

Podpis pacjenta:..... Podpis i dane lekarza:.....

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