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

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

**DGN**:

**PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY**: RADYKALNE WYCIĘCIE ZMIANY SKÓRY LUB TKANEK MIĘKKICH Z MIEJSCOWĄ PLASTYKĄ

* **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**:
* zaburzenia krzepnięcia:
* **Leki:**
* wpływające na krzepnięcie
* **Historia medyczna:**
* operacje:
* hospitalizacje:
* **Ciężkie choroby zakaźne:** wzw , gruźlica, choroby weneryczne
* **Ciąże:**
* **Uczulenia:**
* **Papierosy:**
* **BADANIE PRZEDMIOTOWE**

 • Stan miejscowy

 • Zmian skórna

 • Zmiana śródskórna

 • Zmian podskórna

 • Zmiany troficzne w obrębie zmiany

 • Podejrzenie NPL

* **DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA W ZAŁĄCZENIU**
* **BADANIA DODATKOWE**
* 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 wykonanie rutynowych badań laboratoryjnymi w zależności od stanu zdrowia pacjenta, lekarz może zlecić również inne badania dodatkowe.
* morfologia krwi, układ krzepnięcia [INR, APTT], CRP,
* **PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**
* **Środki wpływające na krzepnięcie** należy zaprzestać zażywać na 10 dni przed zabiegiem
* **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 oraz miejscowej martwicy tkanek.**
* Należy być zdrowym
* 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**
* Na skórę naniesione zostaną **oznaczenia / linie**, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.
* Zrobiony zostanie **komplet zdjęć**.
* **PLAN ZABIEGU**
* Zabieg wykonuje się u chorych z różnego rodzaju rozrostowymi zmianami skóry
* Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych.
* Celem zabiegu jest usunięcie zmiany skórnej i poddanie jej badaniu histologicznemu.
* Operacja w znieczuleniu miejscowym
* Czas trwania zabiegu: od kilkunastu minut do godziny
* **Opis zabiegu:**
* Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach.
* Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonych miejscach.
* Radykalne wycięcie zmiany skórnej lub podskórnej polega na wykonania chirurgicznego cięcie najczęściej w kształcie eliptycznym wokół lub nad zmianą a następnie wypreparowaniu jej w całości z marginesem zdrowych tkanek.
* Wielkość marginesu usuwanych tkanek jest ustalana przed zabiegiem, może jednak ulec zmianie śródoperacyjnie, jeśli stan miejscowy oraz podejrzenia kliniczne co do rodzaju zmiany tego wymagają.
* Po usunięciu zmiany wykonujemy kontrole krwawienia, następnie podpreparowywujemy brzegi rany celem zmniejszenia ich napięcia w trakcie zamykania rany.
* Jeśli stan miejscowy tego wymaga może zostać założony dren do rany, które mają za zadanie usuwanie oraz kontrolę ewentualnego krwawienia pooperacyjnego.
* W zależności od głębokości cięcia zakładamy dwie lub jedną warstwę szwów które zamykają ranę pierwotnie.
* W przypadku braku możliwości zamknięcia pierwotnego rany możliwe są inne sposoby jej zamknięcia: zamknięcie wtórne, zamknięcie przeszczepem, zamknięcie płatem – w przypadku wystąpienia takiego ryzyka chory zostanie poinformowany o tym przed zabiegiem.
* Pobrany materiał tkankowy jest wysyłany do badania hist-pat.
* Innymi sposobami leczenia zmian skórnych i podskórnych jest:
* biopsja lub częściowe wycięcie zmiany
* zcięcie zmiany
* wycięcie przy pomocy elektrokoagulacji, zamrażania, lasera lub łyżeczkowania
* Tylko leczenie operacyjne pozwala na usunięcie zmiany. W przypadku zmian łagodnych możliwe jest leczenie zachowawcze polegające na obserwacji klinicznej i okresowych kontrolach.
* Tylko radykalne wycięcie daje możliwość uzyskania nieuszkodzonego preparatu do badania histologicznego i w przypadku stwierdzenia zmiany łagodnej jest jednocześnie zakończeniem leczenia.
* **POSTĘPOWANIA POOPERACYJNE -** ostateczne zalecenia zostaną wydane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej lub w trybie ambulatoryjnym.
* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
	+ - * PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h / DEXAK tab a 25 mg: 1 tab co 8 h w razie bólu;
			* LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
			* GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
			* płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny] / MICRODACYN / OCTENISEPT;
			* OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ [ELASTOPOR STERIL];
			* 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.
* Toaleta rany: 48 godz. po zabiegu codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy

lub

* Do 3 / 5 doby po zabiegu miana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 / 5 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Rany w okolicach głowy i szyi można moczyć 3 dni a w pozostałych okolicach 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Usunięcie szwów za 7 / 10 -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 - 21 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa, powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po upływie 14-21 dni od zabiegu, a do ćwiczeń fizycznych po upływie 6-8 tygodni.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1-3 tyg [usunięcie szwów/wynik HP]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* Orzeczenie o niezdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych na okres: 30 dni.
* 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 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 miesięcy.
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych .**
* 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**: 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 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 / 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.**

**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 nieprzestrzegania 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]

* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej lub w trybie ambulatoryjnym.
* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
	+ - * PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h / DEXAK tab a 25 mg: 1 tab co 8 h w razie bólu;
			* LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
			* GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
			* płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny] / MICRODACYN / OCTENISEPT;
			* OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ [ELASTOPOR STERIL];
			* 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.
* Toaleta rany: 48 godz. po zabiegu codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy

lub

* Do 3 / 5 doby po zabiegu miana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 / 5 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Rany w okolicach głowy i szyi można moczyć 3 dni a w pozostałych okolicach 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Usunięcie szwów za 7 / 10 -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 - 21 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa, powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po upływie 14-21 dni od zabiegu, a do ćwiczeń fizycznych po upływie 6-8 tygodni.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1-3 tyg [usunięcie szwów/wynik HP]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* Orzeczenie o niezdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych na okres: 30 dni.
* 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 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 miesięcy.
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych .**
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.