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

Imię i nazwisko: ………………………………….…………….….. PESEL…………………

**DGN**: PRZEROST WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH

**PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY**: PLASTYKA REDUKCYJNA WARG SROMOWYCH MNISZYCH

* **WYWIAD**
* **Skargi / oczekiwania:** ból / dyskomfort / otarcia / dyspaurenia / zakażenie cewki moczowej
* **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
* **Przebyte choroby operacje:**
* **Ciężkie choroby zakaźne:** wzw , gruźlica, choroby weneryczne
* **Ciąże:**
* **Uczulenia:**
* **Papierosy:**
* **BADANIE PRZEDMIOTOWE**
* Waga / BMI:
* > szerokość warg sromowych: L cm / P cm

****

* **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
* **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 oraz miejscowej martwicy tkanek.**
* Liposukcja, abdominoplastyka, inna plastyka powłok - **odzież uciskowa**.
* W przypadku obecności żylaków kk dolnych zostaną założone **pończoch lub rajstopy 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 ogolić okolice miejsca operowanego
* Przed zabiegiem należy z**myć makijaż, lakier z paznokci, zdjąć wszelką biżuterię**
* **Miesiączka - pierwsze 2 dni zwiększone ryzyko krwawienia**
* Przewidywana śródoperacyjna duża utrata krwi wymaga zamówienia **koncentratu krwinek czerwonych**
* W okresie okołooperacyjnym podawane będą **dożylnie antybiotyki**
* Przed zabiegiem zostanie założona do **żyły kaniula**;
* Założony zostanie **cewnik moczowy,** jeśli przewidywany czas zabiegu jest dłuższy od 2 godz.
* Na skórę naniesione zostaną **oznaczenia / linie**, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.
* Zrobiony zostanie **komplet zdjęć**.
* **PLAN ZABIEGU**
* Zabieg wykonuje się u chorych z przerośniętymi wargami sromowymi mniejszymi
* Operację wykonuje się ze wskazań estetycznych.
* Celem zabiegu jest zmniejszenie wielkości warg sromowych mniejszych
* Operacja w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym / kanałowym
* Czas trwania zabiegu: 30 min do godziny
* **Opis zabiegu:**
* Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji ginekologicznej na plecach.
* Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się trójkątne cięcia w wyznaczonych miejscach na wargach sromowych mniejszych.

 

* Za pomocą wykonanych cięć usuwa się nadmiar tkanek warg mniejszych
* Kontroluje się ranę celem zaopatrzenia miejsc krwawienia oraz usunięcia narzędzi chirurgicznych i materiałów opatrunkowych.
* Na rany zakłada się szwy warstwowe mocujące oraz opatrunki jałowe.
* Leczenie alternatywne:







* deepitalizację wykonujemy w przypadku przerośnięcia warg sromowych małego stopnia
* proste wycięcie - jest radykalnym usunięciem warg sromowych, zalecany u pacjentek chcących zmniejszyć długość warg sromowych do 1 cm; pozabawia brzeg warg sromowych naturalnej pigmentacji
* 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.
* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej.
* 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;/ TRAMAL tabl. 100 mg: 1 tab co 8 h
	+ AMOKSIKLAV tab. 1.0 No 14: 1 tab co 12 h;
	+ TRILAC 3 x 1 kaps.; 2 godz po antybiotyku
	+ GAZA 1 m2; GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
	+ płyn antyseptyczny: MICRODACYN / OCTENISEPT
* 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: codzienna zmiana opatrunku: przemycie Octenisept + sucha gaza + opatrunek mocujący - po każdorazowym oddaniu moczu.
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Unikanie kąpieli w wannie i kontaktów seksualnych przez 40 dni
* **Usunięcie szwów za 14 / 21 dni**
* **Po usunięciu szwów do czasu odpadnięcia strupów smarować blizny ALANTANEM PLUS 2- 3 x dz**
* Oszczędzający tryb życia 14 / 21 dni; 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
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* 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 obkurczania i dojrzewania blizn 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 przetoki, 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]

* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej.
* 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;/ TRAMAL tabl. 100 mg: 1 tab co 8 h
	+ AMOKSIKLAV tab. 1.0 No 14: 1 tab co 12 h;
	+ TRILAC 3 x 1 kaps.; 2 godz po antybiotyku
	+ GAZA 1 m2; GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
	+ płyn antyseptyczny: MICRODACYN / OCTENISEPT
* 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: codzienna zmiana opatrunku: przemycie Octenisept + sucha gaza + opatrunek mocujący - po każdorazowym oddaniu moczu.
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 5 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Unikanie kąpieli w wannie i kontaktów seksualnych przez 40 dni
* **Usunięcie szwów za 14 / 21 dni**
* **Po usunięciu szwów do czasu odpadnięcia strupów smarować blizny ALANTANEM PLUS 2- 3 x dz**
* Oszczędzający tryb życia 14 / 21 dni; 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
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* 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 obkurczania i dojrzewania blizn nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych.
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.