

## FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY Z ZAKRESU CHIRURGII PLASTYCZNEJ – WSZCZEP IMPLANTÓW PIERSIOWYCH

Ja niżej podpisana..... urodzona dnia .....  
w ..... PESEL .....

### **Zgoda ogólna**

Oświadczam, że jestem poinformowana o zabiegu. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam i nie mam więcej pytań. Wiem, że chirurgia plastyczna nie jest wiedzą ścisłą, a jest również sztuką, stąd wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny ani też gwarantowany. Zdaję sobie sprawę z ryzyka operacji. Jestem poinformowana o możliwości wystąpienia typowych jak i nietypowych komplikacji. Wiem, że nikt nie jest w stanie zagwarantować, że powikłania, czy nawet pogorszenie stanu zdrowia nie nastąpi. Jestem świadoma tego, że może być potrzebna dodatkowa operacja po pierwszym zabiegu. Wiem, że po cięciach pozostaną trwałe blizny. Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do zabiegu. Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg leczenia i jego wynik. Moja motywacja do zabiegu jest świadoma. Zgody udzielam w pełni świadoma, nie będąc pod wpływem leków ani żadnych innych środków. Wiem, że wszczepy piersiowe nie są na całe życie i mogą wymagać płatnej wymiany.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne doktora Kasprzyka i systematycznie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne i opatrunki w miejscach przez niego wskazanych. Powyższy tekst potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data.....

Podpis lekarza :

Podpis pacjenta :

1. Oświadczam także, że zostałam w wyczerpujący sposób poinformowana o rodzaju operacji, jej skutkach i wiążącym się z nią ryzyku. W szczególności poinformowano mnie o możliwości wystąpienia:

### **Bólu**

Po zabiegu implantacji protez mogą wystąpić dolegliwości bólowe o różnym nasileniu i czasie trwania. W przypadku odczuwania silnego bólu, powinnam niezwłocznie poinformować mojego lekarza.

### **Infekcji i stanach zapalnych**

Wszelkie zabiegi chirurgiczne, a w szczególności zabiegi z użyciem ciał obcych są obarczone ryzykiem zakażenia drobnoustrojami. Większość infekcji związanych z zabiegiem ujawnia się w przebiegu kilku dni lub tygodni po zabiegu. Jeśli nie zareaguję na podawane antybiotyki, może zająć konieczność usunięcia implantu i po wyleczeniu zakażenia, zaimplantowania nowego, który jestem zobowiązana powtórnie zakupić.

W bardzo rzadkich przypadkach może nastąpić Zespół Wstrząsu Toksycznego (TSS). Jest to choroba zagrażająca życiu, wywoływana przez toksyny wydzielane przez niektóre szczepy bakterii. Do jej objawów należą: nagła gorączka, wymioty, biegunka, zawroty głowy, wysypka wyglądem przypominająca oparzenie słoneczne. W przypadku zaobserwowania takich objawów powinnam natychmiast skontaktować się z lekarzem w celu postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia.

### **Przykurczu torebkowego**

Każde ciało obce znajdujące się w organizmie jest izolowane poprzez powstanie torebki łącznotkankowej, która w większości przypadków pozostaje niewyczuwalna. W rzadkich przypadkach tkanka tworząca torebkę może stwardnieć i ścisnąć implant powodując tzw. przykurcz torebkowy. Objawem tego może być zniekształcenie piersi, uczucie twardości, lub wyczuwalne przemieszczenie implantu. W przypadku, gdy ból lub uczucie twardości jest bardzo nasilone, konieczny jest dodatkowy zabieg chirurgiczny. Zabieg ten może polegać na usunięciu stwardniałej tkanki bliznowatej, a w skrajnych przypadkach na usunięciu lub dodatkowo płatnej wymianie implantu.

### **Krwiaka/krwotoku pooperacyjnego/przeięku**

W niedługim czasie po operacji może dojść do powstania krwiaka lub przeięku. Objawia się to opuchlizną, zasinieniem i dolegliwościami bólowymi spowodowanymi nagromadzeniem się krwi lub płynu surowiczego wokół implantu lub w bliznie. Takie pooperacyjne powikłanie może być przyczyną powstania infekcji lub przykurczu torebkowego. Organizm jest w stanie sam wyleczyć niewielkie krwaki lub przeięki. Duże, wymagają umieszczenia drenów w celu zapewnienia prawidłowego gojenia. W wyniku drenażu powstać może niewielka blizna.

.....  
podpis pacjentki

.....  
data



2. Ponadto zostałam poinformowana że:
- Implanty piersiowe, nie są implantami na całe życie i pewne okoliczności mogą spowodować zużywanie się lub nieprawidłowe funkcjonowanie implantu i konieczność jego płatnej wymiany.
  - wszczepienie implantów piersiowych wiąże się z ryzykiem niepożądanych reakcji ze strony organizmu, które mogą doprowadzić w efekcie do konieczności usunięcia implantu,
  - w wyniku operacji dojdzie do powstania trwałych blizn, których przebieg ustalono ze mną przed operacją oraz, że zostałam poinformowana o przebiegu i czasie gojenia się ran i o zmianach wyglądu blizn z upływem czasu.
  - wynik niniejszego zabiegu może być przewidywany jedynie w ograniczonym zakresie i niemożliwe jest gwarantowanie uzyskania pożądanego wyniku operacji, a przeciwnie istnieje ryzyko niepowodzenia lub nawet pogorszenia wyglądu oraz, że istnieje również prawdopodobieństwo potrzeby wykonania dodatkowych, płatnych zabiegów,
  - efekt operacji możliwy jest do oceny nie wcześniej niż po upływie 3-6 miesięcy od dnia zabiegu,
  - wszelkie późniejsze zabiegi (usunięcie implantu, wymiana implantu, zabiegi uzupełniające i inne), których przyczyną nie jest niedopełnienie szczególnej staranności przez lekarza wykonującego niniejszą operację, będą wykonywane odpłatnie,
  - nieprzestrzeganie zaleceń przedoperacyjnych i pooperacyjnych może w istotny sposób wpłynąć na wynik zabiegu.
3. Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie także wszelkich innych niemożliwych do przewidzenia procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia wynikłych w trakcie operacji nieprawidłowości.
4. Jestem świadoma, że operator ma prawo do odwołania operacji lub jej przełożenia, może też zlecić wykonanie kontroli innemu specjalście.
5. Zostałam poinformowana o zagrożeniu związanym z infekcją WZW B i o zalecanych szczepieniach przeciwko WZW B. Zabieg bez aktualnych szczepień odbywa się na odpowiedzialność pacjenta
6. Zostałam poinformowana o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 24 godziny od zabiegu
7. Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na wynik zabiegu i przebieg leczenia.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów dokumentacyjnych i naukowych, a także na publikację w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.
9. Mając powyższe na uwadze oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu operacyjnego wszczepu implantów piersiowych firmy ..... typu ..... wielkości ..... przez doktora ..... dniu ..... w znieczuleniu .....
10. Wyjaśniono mi dlaczego wybrano taką wielkość oraz kształt implantów, w pełni zrozumiałam i zaakceptowałam ten wybór
11. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne i zobowiązuję się do ich przestrzegania

.....  
podpis pacjentki

.....  
data

*Prywatna Klinika Chirurgii Plastycznej*  
Kraków, ul. Algierska 19

IMIĘ I NAZWISKO .....

Wiem, że chirurgia plastyczna nie jest wiedzą ścisłą, a jest również sztuką, stąd wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny ani też gwarantowany. Zdaję sobie sprawę z ryzyka operacji. Jestem poinformowana/y o możliwości wystąpienia typowych jak i nietypowych komplikacji. Wiem, że nikt nie jest w stanie zagwarantować, że powikłania, czy nawet **pogorszenie** stanu zdrowia nie nastąpi.

Zdaję sobie również sprawę, że efekt estetyczny po zabiegu może być niezadowalający. Wykonanie zabiegu to „droga w jedną stronę” - nie ma już odwrotu.

Na ostateczny efekt zabiegu wpływ mają czynniki nad którymi można mieć kontrolę:

1. prawidłowa kwalifikacja do zabiegu: wybór odpowiedniej metody, wybór odpowiednich implantów itp.
2. prawidłowe przygotowanie do zabiegu: badania laboratoryjne, konsultacje lekarskie itp.
3. dobry stan zdrowia pacjenta w momencie zabiegu- brak stanów zapalnych
4. prawidłowe wykonanie zabiegu
5. stosowanie się do zaleceń pooperacyjnych przez pacjenta

oraz czynniki na które lekarz ani pacjent nie mają wpływu:

1. zaburzenia stanu zdrowia, które nie zostały wykryte w czasie rutynowych badań do zabiegu jak np. niektóre typy zaburzenia krzepnięcia krwi, uczulenie na stosowane leki w trakcie zabiegu i po nim,
2. tempo gojenia się ran
3. sposób wytwarzania się blizny- dotyczy to również blizn wewnętrznych- płaszczynowych, które mogą powodować nienaturalny wygląd operowanej okolicy który może pojawić się kilka, kilkanaście a nawet kilkadziesiąt miesięcy po operacji

Ponadto zostałam/em poinformowana/y, że może być potrzebna dodatkowa operacja po pierwszym zabiegu. Wiem, że po cięciach pozostaną trwałe blizny na skórze. Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do zabiegu. Oświadczam, że nie zataiłam/em przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg leczenia i jego wynik. Moja motywacja do zabiegu jest świadoma.

Podpis

.....

## PRZEDOPERACYJNA KARTA BADANIA PACJENTA

W celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu ogólnym (narkozie) lub miejscowym i sedoanalgezji konieczne jest rozpoznanie występujących u Pani/Pana obciążeń związanych z przeszłością chorobową i aktualnym stanem zdrowia. Odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem. W przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie proszę sprecyzowanie odpowiedzi. W nawiasach podane są przykładowe choroby dotyczące poszczególnych układów.

Nazwisko.....

Imię.....

Wiek..... Wzrost..... Waga.....

1. Czy choruje/chorowała Pan(i) ostatnio?

tak  .....nie

2. Jakie leki (wszystkie) obecnie pan(i) przyjmuje?.....

3. Pobyty w szpitalu, operacje?

tak  .....nie

4. Komplikacje podczas i po przebytych znieczuleniach?

tak  .....nie

5. Choroby serca (zawał, zapalenie, niedokrwienie mięśnia serca, bóle, wada, kołatania/bicia)

tak  .....nie

6. Choroby krążenia (ciśnienie krwi- wysokie, niskie omdlenie, zmęczenie, duszność)

tak  .....nie

7. Choroby naczyń (żylaki, bóle łydek przy chodzeniu złe ukrwienie kończyn, zapalenie żył)

tak  .....nie

8. Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, rozedma, pylica)

tak  .....nie

9. Choroby dróg oddechowych (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)

tak  .....nie

10. Choroby żołądka (zapalenie, choroba wrzodowa)

tak  .....nie

11. Choroby wątroby (żółtaczką, zastój, stłuszczenie)

tak  .....nie

12. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamienie nerkowe, trudności w oddawaniu moczu)

tak  .....nie

13. Choroby przemiany materii (cukrzyca, dna)

tak  .....nie

14. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)

tak  .....nie

15. Choroby oczu (jaskra)

tak  .....nie

16. Choroby układu nerwowego (porażenia, padaczka, drgawki, udar, utraty przytomności)

tak  .....nie

17. Zmiany nastroju (depresja, nerwica)

tak  .....nie

18. Choroby układu ruchu (bóle korzonkowe, stawów, kręgosłupa, osłabienie mięśni)

tak  .....nie

19. Choroby krwi i krzepnięcia (skłonność do krwawień i siniaków)

tak  .....nie

20. Uczulenia (katar sienny, wysypka, uczulenie na pokarmy, leki, plaster, jodynę)

tak  .....nie

21. Inne choroby nie wymienione powyżej

22. Czy jest pani w ciąży?

tak  .....nie

23. Kiedy miała pani ostatnią miesiączkę?

.....

24. Czy nosi pan(i) protezy zębowe

tak  .....nie

soczewki kontaktowe tak  nie ,  
 aparat słuchowy tak  nie

25. Czy pan(i) pali?



IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL .....

ADRES .....

Numer dowodu osobistego lub paszportu .....

TELEFON .....

e'mail .....

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej niżej wymienionej osobie:

Imię i nazwisko .....

Adres

.....  
.....

Telefon .....

Data .....

Podpis