

ZGODA NA ZABIEG KOREKCJI WARG SROMOWYCH MNIEJSZYCH

Nazwisko i imię

Adres.....

Upoważniam dr. Kasprzyka do wykonania zabiegu polegającego na zmniejszeniu warg sromowych mniejszych. Całkowicie rozumiem, iż możliwości takiego zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą w pełni uzyskane.

Dr Kasprzyk szczegółowo omówił za mną zagadnienia, które w skrócie omówiono poniżej:

A. Ryzyko:

Jest mi wiadome, że zabieg może wiązać się z ryzykiem wystąpienia krwawienia, krwaka, bliznowacenia skóry okolicy ran operacyjnych, przejściowych lub trwałych zaburzeń czucia operowanej okolicy. Po zabiegu mogą wystąpić bóle w czasie stosunku płciowego.

Jestem świadoma(y), iż oprócz wyżej wymienionych powikłań mogą wystąpić powikłania, które zdarzają się w czasie zabiegu chirurgicznego, takie jak np. utrata krwi lub zakażenie. Jestem świadoma/y, że następstwem każdego zabiegu chirurgicznego są blizny, które pozostają widoczne po zagojeniu ran.

Jestem powiadomiona, iż w czasie trwania operacji, mogą wystąpić nieprzewidziane sytuacje, które będą wymagały dodatkowych lub innych czynności, niż te wyżej wymienione. I dlatego upoważniam i proszę wyżej wymienionego p. doktora, jego asystentów, oraz osoby przez nich upoważnione o wykonanie takich czynności, jakie ich zdaniem są niezbędne.

B. Znieczulenie:

Jest mi wiadome, iż w czasie wykonywania zabiegu można stosować znieczulenie ogólne lub miejscowe oraz, że w czasie trwania mojego zabiegu będzie zastosowane znieczulenie

Jestem poinformowana/y, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenia lub sedacji wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m. in. reakcji alergicznej, zatrzymania mięśnia sercowego i innych prowadzących do zagrożenia zdrowia a nawet do śmierci.

C. Potwierdzenie zgody:

W sposób wyczerpujący omówiłam(em) mój stan zdrowia oraz proponowane metody chirurgicznego leczenia dr. Kasprzykiem oraz otrzymałam/em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Posiadam wystarczającą wiedzę, na której opieram moją zgodę na proponowane leczenie.

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na zabieg.

D. Zdjęcia:

Wyrażam zgodę na fotografowanie mnie przed, w czasie, oraz po leczeniu, oraz na to, iż te fotografie będą własnością wyżej wymienionego pana doktora i będą mogły być publikowane w naukowym piśmiennictwie i/lub pokazach naukowych.

E. Współpraca:

Zgadzam się, aby Dr Kasprzyk i jego personel otrzymał informacje i jakichkolwiek zmianach mojego osobistego adresu, oraz zgadzam się współpracować z nimi w ramach opieki pooperacyjnej.

F. Otrzymałem/am listę zaleceń pozabiegowych, zrozumiałem/am jej treść i zobowiązuję się przestrzegać zamieszczonych w niej wskazówek postępowania.

(Proszę wypełnić puste miejsca oraz podpisać się poniżej)

PACJENT LUB JEGO PRAWNY OPIEKUN _____

EWENTUALNY ŚWIADEK _____

ART&MED.

Prywatna Klinika Chirurgii Plastycznej

Kraków, ul. Algierska 19

Data.....

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

aparatusłuchowy tak nie

25. Czy pan(i) pali?
a) jeśli tak to ile i od kiedy?.....
b) od kiedy już nie?.....
26. Czy pije pan(i) alkohol? tak nie rzadko regularnie
27. Czy zażywa pan(i) środki nasenne, uspokajające tak nie
Jakie?.....
28. Ostatnia wizyta u dentysty.....
29. Ostatnia wizyta u fryzjera.....
30. Ostatnia wizyta u kosmetyczki.....
31. Ostatnia wizyta w salonie tatuażu.....
32. Czy jest Pan/Pani zaszczepiona przeciwko WZW typ B tak nie

Oświadczenie pacjenta i zgoda na znieczulenie

Drprzeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą specyfikę i rodzaj znieczulenia do operacji. Oświadczam, że miałem(am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego znieczulenia, wiedząc o związanym z nim ryzyku i możliwością wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem(am) zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na podjęcie której miałem(am) wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadom wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Ponadto oświadczam, że w ciągu ostatnich 6 godzin przed znieczuleniem nie przyjmowałem żadnych pokarmów ani w ciągu 4 godzin-płynów.

Niniejszym wyrażam zgodę na znieczulenie miejscowe/ogólne/regionalne/sedoanalgezę do zabiegu.....jak również na towarzyszące temu postępowanie (infuzje, przetoczenie krwi itp) w czasie i po zabiegu. Zgadzam się na medyczne zmiany lub rozszerzenie postępowania anestetycznego (w tym zmianę rodzaju znieczulenia).

Zostałem(am) również poinformowana o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 48 godzin od zabiegu.

Podpis lekarza.....Podpis
pacjenta.....

Badanie fizykalne

Odchylenia od normy w zakresie układu krążenia

Odchylenia od normy w zakresie układu oddechowego

Ocena trudności intubacji dotchawiczej wg skali Mallampati I , II , , III , , IV

Ocena stanu naczyń obwodowych : b.dobre , dobre , średnie , trudne ,
Konieczność założenia wkłucia centralnego

Ocena ryzyka znieczulenia wg skali ASA I , II , III , IV , V ,
Konieczność wykonania dodatkowych konsultacji lub badań laboratoryjnych.....

ART&MED.
Prywatna Klinika Chirurgii Plastycznej
Kraków, ul. Algierska 19

Data.....

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES

Numer dowodu osobistego lub paszportu

TELEFON

Email

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

Imię i nazwisko

Adres
.....
.....

Telefon

Data

Podpis