

ŚWIADOMA, POINFORMOWANA ZGODA NA OPERACJĘ KOREKCYJNĄ NOSA

Imię i nazwisko Pacjenta/tki:..... PESEL:.....
Adres zamieszkania:.....
Numer telefonu:..... E-mail:

Świadomie wyrażam zgodę na operację korekcyjną nosa obejmującą:
..... z dostępu
..... przez Doktora w znieczuleniu

Poniższa zgoda jest dokumentem służącym poinformowaniu o zabiegu korekcji nosa oraz związanym z nim ryzyku zabiegu operacyjnego. Proszę zapoznać się szczegółowo z informacjami zawartymi w **Zgodzie na zabieg** oraz dołączoną do niej broszurą informacyjną **Plastyka korekcyjna nosa – informacje o zabiegu operacyjnym**.

Prosimy o podpisanie zgody i broszury informacyjnej po rozmowie z lekarzem i w jego obecności.

Prosimy o podpisanie każdej strony na potwierdzenie zapoznania się z całym dokumentem.

Oświadczam, że podczas konsultacji z Panem/ią Doktor przeprowadzoną ze mną w dniu..... o godzinie..... zostałem/am w sposób zrozumiały, wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości poinformowany/a o:

- przebiegu operacji, lokalizacji cięć operacyjnych, spodziewanym efekcie zabiegu;
- możliwych metodach operacyjnych;
- innych, alternatywnych metodach leczenia;
- ryzyku zabiegu operacyjnego, w tym w szczególności możliwości wystąpienia następujących powikłań:
 1. Krwawienie w trakcie lub po operacji, które może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka, tamponady nosa lub wyjątkowo przetoczenia krwi. Krwiak podskórny może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn. Skrajnie rzadkim powikłaniem związanym z utratą dużej objętości krwi jest wstrząs wymagający natychmiastowego leczenia.
 2. Infekcja wymagająca leczenia antybiotykami lub dodatkowej operacji
 3. Obrzęk błony śluzowej nosa powodujący przejściowe utrudnienie oddychania po operacji
 4. Przejściowe lub trwałe uszkodzenie głębiej położonych struktur, takich jak nerwy, przewody łzowe, naczynia krwionośne, mięśnie
 5. Przechłoniczna, osłabienie lub utrata czucia skóry po operacji, zazwyczaj przejściowe
 6. Gromadzenie się płynu w tkankach pod skórą (seroma) z koniecznością drenażu
 7. Ból przewlekły związany z formowaniem się blizny po operacji
 8. Przedłużone gojenie, rozejście się rany lub rozejście się szpary złamania kości nosa, martwica tkanek z powstaniem ubytków - częstsze u palaczy
 9. Nierówności, zagłębienia w skórze, chrząstkach lub kościach nosa, zmarszczki na skórze nosa
 10. Perforacja przegrody nosa z koniecznością operacji naprawczej
 11. Skrzywienie nosa, poszerzenie grzbietu nosa, asymetria po zabiegu
 12. Zaburzenia węchu po operacji
 13. Niezadowolający efekt, widoczne deformacje, asymetria nosa
 14. Możliwa konieczność dodatkowej operacji korekcyjnej w celu wyrównania asymetrii po pierwszym zabiegu
 15. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
 16. Miejscowe lub ogólnoustrojowe reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wystąpienia powikłań niekiedy konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia mającego na celu poprawę wyniku pierwotnego zabiegu. Ryzyko niepowodzenia operacji lub konieczności poprawek musi być zawsze brane pod uwagę w przypadku dobrowolnego poddania się operacji ze wskazań estetycznych.

Jeżeli w trakcie operacji zachodzi konieczność przeszczepu chrząstki z ucha lub żebra, kości z biodra bądź zastosowania implantu z ciała obcego, zachodzi zwiększone ryzyko nieprawidłowego ich wgajania się oraz możliwość przedłużonego gojenia i pogorszenia wyniku zabiegu. Rozumiem, że są to sytuacje w dużej mierze niezależne od umiejętności chirurga, w związku z czym ponoszę pełne i wyłączne ryzyko finansowe związane z dodatkowymi niezamierzonymi operacjami.

Podpis Pacjentki:

Strona 1

Oświadczam, że zostałam poinformowana o postępowaniu okołoperacyjnym, w szczególności zaleceniach po operacji:

1. Ograniczeniu większego wysiłku fizycznego, w tym podnoszenia ciężkich przedmiotów przez pierwsze 2 tygodnie. Niezastosowanie się do tego zalecenia grozi krwawieniem i koniecznością operacji rewizyjnej.
2. Konieczności prowadzenia oszczędzającego trybu życia przez co najmniej 6 tygodni.
3. Konieczności utrzymywania setonów w przewodach nosowych przez około 2 dni po operacji.
4. Jeśli był zakładany, noszeniu opatrunku gipsowego na nosie przez okres 7-10 dni po operacji.
5. Unikaniu palenia papierosów i wdychania dymu tytoniowego min. 6 tyg. przed operacją i przez cały okres gojenia.
6. Nie opalaniu skóry w okolicy operowanej przez 6 tygodni po zabiegu, stosowaniu wysokiej fotoprotekcji.

Zalecenia pooperacyjne zostały mi przekazane w sposób dla mnie zrozumiały i wyczerpujący.

Rozumiem, że palenie papierosów lub narażenie na działanie dymu papierosowego znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie zabiegu i nieprawidłowego gojenia. Oświadczam, że (prosimy o zaznaczenie zgodnej z prawdą odpowiedzi):

_____ Nie palę papierosów. Zrozumiałem/am, że ekspozycja na dym papierosowy zwiększa ryzyko powikłań.

_____ Palę papierosy. Zrozumiałem/am ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania po operacji.

Zostałem/am poinformowany/a o dających się przewidzieć następstwach zabiegu, takich jak:

1. Ból w okolicy operowanej o różnym stopniu nasilenia, zazwyczaj o przejściowym charakterze. Może wymagać stosowania leków przeciwbólowych.
2. Zasinienie skóry powiek i nosa, obrzęk - są naturalną konsekwencją operacji korekcyjnej nosa i mogą niekiedy osiągać znaczne nasilenie. Zazwyczaj ustępują w ciągu dwóch tygodni po operacji. Rzadko utrzymują się przez dłuższy czas.
3. Stan podgorączkowy przez kilka dni po zabiegu. W przypadku temperatury ciała powyżej 38 st. C. należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.
4. Blizny o różnym stopniu widoczności - w przypadku cięć prowadzonych na zewnątrz nosa, są one wykonywane tak, aby były jak najmniej widoczne, jednak nieodłącznie wiążą się z powstaniem mniej lub bardziej widocznych trwałych blizn. W zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjenta/ki blizny mogą różnić się barwą od otaczającej skóry bądź przerastać i wymagać dodatkowego zabiegu korekcyjnego. Nieprawidłowe blizny mogą obejmować również tkanki położone pod skórą.

Oświadczam, że zrozumiałem/am, że oczekiwanym wynikiem zabiegu operacyjnego jest poprawa kształtu i/lub drożności nosa, a nie uzyskanie jego idealnego wyglądu. Istnieje możliwość, że mimo dopełnienia wszelkiej staranności oraz zasad sztuki chirurgicznej i aktualnej wiedzy medycznej, mój wygląd po operacji może pozostać niedoskonały i nie spełniać moich oczekiwań. Zostałem/am poinformowany/a, że ostateczny wynik operacji może zostać oceniony najwcześniej 3-6 miesięcy po wykonaniu zabiegu (między innymi ze względu na utrzymywanie się miernego obrzęku tkanek w pierwszych tygodniach po operacji). Rozumiem, że odległe wyniki operacji zależą od przestrzegania przede mną zaleceń pooperacyjnych, zmian kształtu i masy ciała, zmian związanych z ciążą, starzeniem się lub innymi procesami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej wcześniej operacji korekcji nosa

Rozumiem, że w trakcie zabiegu operacyjnego lub w okresie pooperacyjnym, w przypadku wystąpienia komplikacji może zająć konieczność zastosowania dodatkowej procedury postępowania, która nie była ze mną uzgodniona przed zabiegiem.

Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania Doktorowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych. Odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mógł/mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykonanie zdjęć fotograficznych przed- i pooperacyjnych dla celów dokumentacyjnych i naukowych oraz na ich publikację pod warunkiem spełnienia wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.