

ŚWIADOMA, POINFORMOWANA ZGODA NA ZABIEG POWIĘKSZENIA PIERSI IMPLANTAMI

Imię i nazwisko Pacjentki:..... PESEL:.....
Adres zamieszkania:.....
Numer telefonu:..... E-mail:

Świadomie wyrażam zgodę na zabieg operacyjny powiększenia piersi implantami firmy anatomicznymi /okrągłymi (niepotrzebne skreślić) o pojemności(L) i(P) z dostępu przez Doktora w znieczuleniu

Poniższa zgoda jest dokumentem służącym poinformowaniu pacjentki o zabiegu powiększenia piersi, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Proszę zapoznać się szczegółowo z informacjami zawartymi w **Zgodzie na zabieg** oraz dołączoną do niej broszurą informacyjną **Powiększenie piersi przy pomocy implantów - 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..... zostałam w sposób zrozumiały, wyczerpujący i nie budzący moich wątpliwości poinformowana 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. Przetrwały ból po operacji
 2. Krwawienie pooperacyjne, krwiak, mogące wymagać ewakuacji krwiaka lub wyjątkowo przetoczenia krwi
 3. Infekcja ostra/podostra/przewlekła, wymagająca antybiotykoterapii lub niekiedy usunięcia implantu
 4. Opóźnione gojenie się rany
 5. Powstanie nieestetycznych blizn przerostowych lub keloidów
 6. Martwica skóry piersi, w tym brodawki i otoczki wraz z ich zniekształceniem
 7. Zmiana/zaburzenia czucia w obrębie skóry piersi
 8. Przemieszczenie, nieprawidłowe położenie implantu
 9. Asymetria piersi i blizn pooperacyjnych
 10. Powstanie i obkurczanie się twardej łącznotkankowej torebki wokół implantu w wyniku reakcji na ciało obce
 11. Zwapnienia w torebce implantu
 12. Przerwanie ciągłości tkanek i obnażenie implantu z jego wydalaniem na zewnątrz
 13. Naruszenie ciągłości otoczki implantu z wyciekaniem jego zawartości
 14. Akumulacja płynu tkankowego (seroma)
 15. Zmarszczenia skóry nad implantem
 16. Rzadkie zjawisko rozwoju w tkance otaczającej implant nowotworu komórek układu immunologicznego - chłoniaka B1-ALCL
 17. Utrudnione rozpoznanie raka piersi; uszkodzenie implantu w trakcie kontrolnej mammografii
 18. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
 19. Reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe
 20. Konieczność wymiany implantów na skutek zużycia materiału lub uszkodzenia implantu

Zostałam poinformowana, że w przypadku wystąpienia powikłań niekiedy konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia mającego na celu poprawę wyniku pierwotnego zabiegu.

Wszczepienie implantów piersiowych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem infekcji lub niepożądanego reakcji na ciało obce, które to sytuacje mogą doprowadzić w rezultacie do konieczności usunięcia implantów. 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 przed- i pooperacyjnym, w szczególności:

1. Noszeniu specjalnego biustonosza lub bandaża elastycznego na piersiach przez 4 tygodnie po operacji.
2. Konieczności wizyty kontrolnej połączonej ze zdjęciem szwów w 8. dobie po zabiegu.
3. Po zdjęciu szwów, zaleceniu natłuszczania blizny z delikatnym masażem oraz stosowania preparatów na bazie silikonu w celu uzyskania optymalnego estetycznego rezultatu.
4. Konieczności ograniczenia wysiłku fizycznego.

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 blizny. Oświadczam, że (prosimy o zaznaczenie zgodnej z prawdą odpowiedzi):

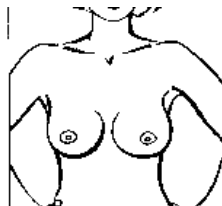
_____ Nie palę papierosów. Zrozumiałam, że ekspozycja na dym papierosowy zwiększa ryzyko powikłań.

_____ Palę papierosy. Zrozumiałam ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania po operacji.

Zostałam poinformowana o dających się przewidzieć następstwach zabiegu, takich jak:

1. Przejściowy ból w okolicy operowanej o różnym stopniu nasilenia, zazwyczaj o przejściowym charakterze.
2. Zasinienie skóry, obrzęk - zazwyczaj ustępują w ciągu dwóch tygodni po operacji, natomiast stwardnienie piersi po operacji może się utrzymywać od 3 do 6 miesięcy.
3. Blizny o różnym stopniu widoczności - cięcia podczas operacji są wykonywane tak, aby były jak najmniej widoczne, jednak nieodłącznie wiążą się z powstaniem mniej lub bardziej widocznych trwałych blizn. W zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjentki 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 sposób przebiegu blizn pooperacyjnych został ze mną ustalony przed zabiegiem. Wyrażam zgodę na następującą lokalizację cięć chirurgicznych:



Występująca przedoperacyjnie asymetria kształtu lub wielkości piersi może spowodować, że nie będzie możliwe uzyskanie idealnej symetrii w wyniku operacji. Oświadczam, że zrozumiałam, że oczekiwanym wynikiem zabiegu operacyjnego jest powiększenie i poprawa wyglądu piersi, a nie uzyskanie ich idealnego wyglądu. Istnieje możliwość, że mimo dopełnienia wszelkiej staranności oraz zasad sztuki chirurgicznej i aktualnej wiedzy medycznej, wygląd piersi po operacji może pozostać niedoskonały i nie spełniać moich oczekiwań. Zostałam poinformowana, że ostateczny wynik operacji może zostać oceniony najwcześniej 6 miesięcy po wykonaniu zabiegu. Rozumiem, że odległe wyniki operacji zależą od przestrzegania przeze mnie zaleceń pooperacyjnych, zmian kształtu i masy ciała, zmian związanych z ciążą, starzeniem się lub innymi procesami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej wcześniej operacji piersi.

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 miałam 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 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.