

ŚWIADOMA, POINFORMOWANA ZGODA NA POWIĘKSZENIE PIERSI PRZY POMOCY PRZESZCZEPU AUTOLOGICZNEJ TKANKI TŁUSZCZOWEJ

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

Świadomie wyrażam zgodę na zabieg operacyjny powiększenia piersi własną tkanką tłuszczową pobraną z okolicy przez Doktora
w znieczuleniu

Poniższa zgoda jest dokumentem służącym poinformowaniu Pacjentki o zabiegu powiększenia piersi przy pomocy autologicznej tkanki tłuszczowej, zaleceniach pooperacyjnych oraz ryzyku zabiegu operacyjnego. Proszę zapoznać się szczegółowo z informacjami zawartymi w **Zgodzie na zabieg** oraz dołączoną do niej broszurą informacyjną **Powiększenie piersi przy pomocy przeszczepu autologicznej tkanki tłuszczowej - 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. Zmiana/zaburzenia czucia w obrębie skóry piersi
 7. Asymetria piersi po operacji
 8. Akumulacja płynu tkankowego (seroma)
 9. Zmarszczenia, nierówności skóry i tkanki podskórnej w miejscu dawczym lub biorczym
 10. Mikrozwąbnienia w obrębie tkanki tłuszczowej
 11. Nekroza (obumarcie) komórek tłuszczowych; ogniska obumarłych komórek mogą być widoczne w mammografii
 12. Możliwość migracji części komórek tłuszczowych poza obszar piersi
 13. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
 14. Reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe

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

Oświadczam, że zostałam poinformowana o postępowaniu przed- i pooperacyjnym, w szczególności:

1. Konieczności stosowania systemu Brava, składającego się ze specjalnego stanika noszonego przez pacjentkę przed operacją. pozwalającego na przygotowanie większej ilości przestrzeni dla przeszczepianego tłuszczu.
2. Ograniczeniu jakiegokolwiek większego wysiłku fizycznego, w tym podnoszenia ciężkich przedmiotów przez pierwsze 2 tygodnie po zabiegu. Niezastosowanie się do tego zalecenia grozi krwawieniem i koniecznością operacji rewizyjnej.
3. Konieczności prowadzenia oszczędzającego trybu życia przez co najmniej 6 tygodni.
4. Noszeniu specjalnego biustonosza lub bandaża elastycznego na piersiach przez 4 tygodnie po operacji.
5. Konieczności wizyty kontrolnej połączonej ze zdjęciem szwów w 8. dobie po zabiegu.

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

Podpis Pacjentki:

Strona 1

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. 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 uczucie napięcia 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.

Z uwagi na możliwość wchłonięcia się do 30-40% przeszczepionego tłuszczu, bezpośrednio po operacji pożądana jest hiperkorekcja (podanie większej niż oczekiwana ilości tłuszczu w piersi). Z tego względu wskazane bywa zazwyczaj powtórzenie zabiegu przeszczepienia autologicznego tłuszczu w tą samą okolicę.

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 zajść 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.