

ŚWIADOMA, POINFORMOWANA ZGODA NA OPERACJĘ KOREKCJI POWŁOK BRZUSZNYCH

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

Świadomie wyrażam zgodę na zabieg operacyjny korekcji powłok brzusznych (abdominoplastyki) wykonanego przez Doktora w znieczuleniu

Poniższa zgoda jest dokumentem służącym poinformowaniu Pacjenta/teki o zabiegu korekcji powłok brzusznych, 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 **Abdominoplastyka (plastyka powłok brzusznych) – 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. Przetrwały ból
 2. Krwawienie, krwiak mogące wymagać ewakuacji krwiaka lub wyjątkowo przetoczenia krwi
 3. Infekcję (większe jej ryzyko występuje przy dodatkowo wykonywanej liposukcji)
 4. Gromadzenie się płynu w tkankach pod skórą (seroma) z koniecznością drenażu
 5. Upośledzone gojenie się, rozejście się rany
 6. Powstanie nieestetycznych blizn przerostowych lub keloidów
 7. Nierówności, zagłębienia, sfałdowania skóry, naddatki skóry na końcach blizny wymagające chirurgicznej korekcji
 8. Miejscowa martwica skóry z powstaniem jej ubytków - 12 razy częstsza u palaczy
 9. Osłabienie czucia lub inne zaburzenia czucia skóry w okolicy operowanej
 10. Przebarwienia skóry
 11. Przedłużający się obrzęk (zwykle ustępuje po 2-3 tygodniach, ale może utrzymywać się do 6 miesięcy po operacji)
 12. Powstanie nieestetycznej lub przerostowej blizny
 13. Nieprawidłowe położenie, bliznowacenie, martwica pępka z jego utratą
 14. Nawrót wiotkości skóry brzucha
 15. Martwica tkanki tłuszczowej z koniecznością jej usunięcia
 16. Uszkodzenie głębszych struktur – nerwów, naczyń, mięśni, otrzewnej
 17. Zakrzepica żył głębokich, skrajnie rzadko - zatorowość płucna, która nieleczona grozi zgonem
 18. Zator tłuszczowy
 19. Wstrząs na skutek utraty dużej ilości krwi w trakcie operacji
 20. Asymetria powłok brzusznych po operacji, zmiana wyglądu pępka po operacji
 21. Nieoptymalny, niezadowolający wynik estetyczny operacji
 22. Możliwa konieczność dodatkowej operacji korekcyjnej w celu wyrównania asymetrii po pierwszym zabiegu
 23. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
 24. Miejscowe lub ogólnoustrojowe reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe

Abdominoplastyka zazwyczaj nie przedstawia większego niż przeciętne ryzyka operacyjnego.

Zostałam 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.

Oświadczam, że zostałam poinformowany/a o postępowaniu okołoperacyjnym, w szczególności zaleceniach po operacji:

1. Ograniczeniu jakiegokolwiek 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. Mogą wystąpić trudności w wyprostowaniu się przez kilka pierwszych tygodni.
3. Konieczności usunięcia drenów zazwyczaj w pierwszych 5 dniach po operacji oraz szwów 10-14 dni po operacji
4. Noszeniu elastycznego ubrania uciskowego przez 4-6 tygodni po operacji
5. Unikaniu palenia papierosów i wdychania dymu tytoniowego min. 6 tyg. przed operacją i przez cały okres gojenia.
6. Nie opalaniu skóry brzucha przez 6 tygodni po zabiegu, stosowaniu wysokiej fotoprotekcji.
7. Niezwłocznie zgłoszę się do lekarza, jeżeli po operacji wystąpią objawy mogące świadczyć o powikłaniach zatorowych:

- duszność, skrócenie oddechu,
- ból w klatce piersiowej,
- kołatanie, nieprawidłowe bicie serca

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. 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. 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
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 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.

W trakcie zabiegu chirurg nacina skórę okolicy podbrzusza i razem z tkanką tłuszczową oddziela od mięśni. Pępek zostaje uwolniony od skóry i wyłoniony przez skórę naciągniętą z okolicy nadbrzusza. Oświadczam, że sposób przebiegu blizn pooperacyjnych został ze mną ustalony przed zabiegiem. Wyrażam zgodę na następującą lokalizację cięć chirurgicznych:



Oświadczam, że zrozumiałem/am, że oczekiwanym wynikiem zabiegu operacyjnego jest poprawa wyglądu sylwetki ciała, a nie uzyskanie idealnego wyglądu. Istnieje możliwość, że mimo dopełnienia wszelkiej staranności oraz zasad sztuki chirurgicznej i aktualnej wiedzy medycznej, wygląd po operacji może pozostać niedoskonały i nie spełniać moich oczekiwań. Zostałam poinformowana, że ostateczny wynik operacji może zostać oceniony najwcześniej 12 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 korekcji powłok brzusznych.

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 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.