

## ŚWIADOMA, POINFORMOWANA ZGODA NA ZABIEG LIPOSUKCJI METODĄ .....

Imię i nazwisko Pacjenta/tki:..... PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu:..... E-mail: .....

Świadomie wyrażam zgodę na zabieg liposukcji w okolicy ..... wykonanego metodą ..... przez Doktora ..... w znieczuleniu .....

Poniższa zgoda jest dokumentem służącym poinformowaniu 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 **Liposukcja – 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. Ból (przejściowy lub przetrwały)
2. Krwawienie, krwiak, którego obecność może przedłużać gojenie lub wymagać ewakuacji
3. Infekcja wymagająca antybiotykoterapii
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
8. Martwica skóry lub tkanki tłuszczowej z koniecznością jej usunięcia
9. Osłabienie czucia lub inne zaburzenia czucia skóry w okolicy operowanej (zazwyczaj przejściowe)
10. Przebarwienia skóry (przejściowe lub przetrwałe)
11. Przedłużający się obrzęk (zwykle ustępuje po 2-3 tygodniach, ale może utrzymywać się nawet do 6 miesięcy po operacji)
12. Uszkodzenie głębiej położonych struktur przez kaniulę
13. Zakrzepica żył głębokich, skrajnie rzadko zatorowość płucna; nieleczone grozi zgonem
14. Zator tłuszczowy
15. Konieczność dodatkowej operacji korekcyjnej np. wiotkiego fałdu skórno-tłuszczowego pozostałego po liposukcji
16. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
17. Miejscowe lub ogólnoustrojowe reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe

Liposukcja zazwyczaj nie przedstawia większego niż przeciętne ryzyka operacyjnego.

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.

Oświadczam, że zostałam poinformowana 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.
3. Zaleceniu wizyty kontrolnej ze zdjęciem pojedynczych szwów 7 dni po operacji.

---

Podpis Pacjentki:

Strona 1

4. Noszeniu elastycznego ubrania uciskowego lub bandaża elastycznego 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 w okolicy operowanej przez 6 tygodni po zabiegu, stosowaniu wysokiej fotoprotekcji.
7. Niezwłocznie zgłosić 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. 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
3. Blizny o różnym stopniu widoczności - cięcia podczas operacji są niewielkie i zazwyczaj niewidoczne po dłuższym okresie od zabiegu. W zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjenta/teki 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 wyglądu sylwetki ciała, a nie uzyskanie jej 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. Zostałem/am poinformowany/a, że ostateczny wynik operacji może zostać oceniony najwcześniej 3-6 miesięcy po wykonaniu zabiegu. 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 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.