

## **ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG POWIĘKSZENIA PIERSI PRZY POMOCY PRZESZCZEPU AUTOLOGICZNEJ TKANKI TŁUSZCZOWEJ**

Imię i nazwisko:.....  
Data urodzenia:.....  
PESEL:.....  
Adres zamieszkania:.....  
Cel wykonywanego zabiegu:.....

Powiększenie piersi przy pomocy przeszczepu tkanki tłuszczowej pobranej z innych okolic ciała jest rozwiązaniem dla kobiet, które odczuwają, że rozmiar ich biustu jest zbyt mały w stosunku do pożądanego, a jednocześnie oczekują naturalnych efektów operacji. Zabieg ten stanowi alternatywę do powiększenia piersi implantami.

W trakcie zabiegu przy zastosowaniu metody zbliżonej do standardowej liposukcji pobrana zostaje pewna ilość tkanki tłuszczowej, najczęściej z przyśrodkowych powierzchni ud oraz okolicy podbrzusza. Na początku zabiegu w miejsce pobrania tłuszczu wstrzykuje się roztwór zawierający między innymi środki miejscowo znieczulające i obkurczające naczynia, których zadaniem jest zmniejszyć krwawienie po zabiegu i lokalny uraz. Następnie przy pomocy wprowadzonych przez drobne nacięcia skóry kaniul rozbija się tłuszcz wykonując naprzemienne ruchy do przodu i tyłu. Ostatecznie odsysa się rozbity tłuszcz. Pobrane i odseparowane komórki tłuszczowe wstrzykuje się następnie w obszar obu piersi techniką mikroprzeszczepów. 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 samego względu prawdopodobne jest zaplanowanie 2 lub 3 zabiegów przeszczepienia autologicznego tłuszczu w tą samą okolicę w celu osiągnięcia optymalnego, pożądanego rezultatu. Zabieg operacyjny trwa około 2 godzin i przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym bądź ogólnym, zależnie od decyzji lekarza. Pobyt w szpitalu trwa 1 dobę.

Zalecenia pooperacyjne obejmują:

1. Noszenie uciskających ubrań lub bandaży przez okres około 4 tygodni po zabiegu
2. Wizytę kontrolną ze zdjęciem szwów w 5-14. dobie po zabiegu, oraz kolejne wizyty kontrolne w wyznaczonych przez chirurga terminach.

### **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA ZABIEGU:**

1. Przejściowy ból w okolicy operowanej
2. Zasinienie skóry, obrzęk
3. Wchłonięcie się części przeszczepionej tkanki tłuszczowej (do 30-40% objętości),  
z czym wiąże się niekiedy konieczność wykonania kolejnego zabiegu
4. Blizny o różnym stopniu widoczności
5. Przejściowe zaburzenia czucia, uczucie drętwienia w miejscu pobrania tłuszczu

6. Utrudniona diagnostyka nowotworów piersi (zwapnienia, mikrobliźny, torbiele)

#### **POTENCJALNE POWIKŁANIA OPERACJI POWIĘKSZENIA PIERSI PRZY POMOCY AUTOLOGICZNEJ TKANKI TŁUSZCZOWEJ**

1. Krwawienie, krwiak
2. Powstanie torbieli na skutek gromadzenia się płynu w tkankach
3. Infekcja ostra/podostra/przewlekła
4. Mikrozwapnienia w obrębie tkanki tłuszczowej
5. Nekroza (obumarcie) komórek tłuszczowych; ogniska obumarłych komórek mogą być widoczne w mammografii
6. Możliwość migracji części komórek tłuszczowych poza obszar piersi
7. Asymetria piersi
8. Nierówność operowanych obszarów (miejsc dawczych i/lub biorczych)
9. Ryzyko związane ze znieczuleniem podczas operacji
10. Reakcje alergiczne na środki stosowane miejscowo, szwy, materiały opatrunkowe

Zostałam poinformowana o rodzaju i przebiegu planowanego zabiegu. 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. Zostałam ponadto poinformowana o alternatywnych metodach leczenia. Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający. Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią. Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Świadomie wyrażam zgodę na zabieg operacyjny powiększenia piersi przy pomocy autologicznej tkanki tłuszczowej pobranej w łącznej objętości około ..... z okolic .....

Miejscowość i data:.....

Podpis Pacjentki:.....