

**INFORMACJA DLA PACJENTKI
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE REDUKCJI PIERSI**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI :.....

PESEL :.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani przerost piersi.

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani wskazania do leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy leczenie operacyjne polegające na wycięciu nadmiaru skóry i gruczołu piersiowego oraz przeniesieniu kompleksu brodawka-otoczek na szypule naczyniowej, w odpowiednie miejsce z pozostawieniem blizny skórnej w kształcie kotwicy.

W trakcie operacji może zostać wykonane śródoperacyjne badanie histopatologiczne, którego wynik może wpłynąć na zmianę zakresu operacji.

Celem proponowanej operacji jest zmniejszenie i uniesienie piersi.

Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują: liposukcję i zastosowanie innych technik operacyjnych.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI:

Zmniejszenie piersi, uniesienie piersi.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z proponowaną operacją mogą między innymi polegać na:

Infekcji, krwawieniu, powstaniu krwiaka, opóźnionym gojeniu ran, rozejściu ran, asymetrii, zaburzeniach czucia miejsc operowanych.

Prywatny Gabinet Chirurgii Plastycznej i Medycyny Estetycznej
ul. Wazów 42/113, 65-044 Zielona Góra (budynek Polikliniki MSWiA)

Gabinet czynny
pon. - pt. od godz. 16:00

Rejestracja
pon. - pt. 10:00-18:00

Telefon
68-452-77-20

Wyjątkowo rzadko może dojść do częściowej lub całkowitej martwicy otoczki i brodawki i zatoru tłuszczowego.

5. ZNIECZULENIE:

Jest mi wiadome, że podczas zabiegu zostanie zastosowane znieczulenie ogólne pod kontrolą dr.....

Jestem poinformowana, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenie wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m.in. reakcji alergicznej, zatrzymania pracy mięśnia sercowego i innych.

6. ROKOWANIE

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest dobre.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na wynik zabiegu i przebieg leczenia. Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku do celów dokumentacyjnych i naukowych, a także na publikacje w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Wiem, że chirurgia plastyczna nie jest wiedzą

Prywatny Gabinet Chirurgii Plastycznej i Medycyny Estetycznej
ul. Wazów 42/113, 65-044 Zielona Góra (budynek Polikliniki MSWiA)

Gabinet czynny
pon. - pt. od godz. 16:00

Rejestracja
pon. - pt. 10:00-18:00

Telefon
68-452-77-20

ściłą, a jest również sztuką, stąd wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny, ani też zagwarantowany. Zdaję sobie sprawę z ryzyka operacji. Jestem poinformowana o możliwości wystąpienia typowych, jak i nietypowych komplikacji.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem Dr Jamontem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

-rozpoznania

-proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych

-dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania

-wyników leczenia operacyjnego

-rokowania

-ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu redukcji piersi oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data i podpis lekarza

.....
podpis pacjenta/ki albo uprawnionego opiekuna

Prywatny Gabinet Chirurgii Plastycznej i Medycyny Estetycznej
ul. Wazów 42/113, 65-044 Zielona Góra (budynek Polikliniki MSWiA)

Gabinet czynny
pon. - pt. od godz. 16:00

Rejestracja
pon. - pt. 10:00-18:00

Telefon
68-452-77-20