

**INFORMACJA DLA PACJENTKI / PACJENTA
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE KOREKCJI USZU ODSTAJĄCYCH**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI (A) :.....

PESEL :.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani(a) Małżowiny uszne odstające.

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

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Po szczegółowej analizie Pani(a) przypadku proponujemy leczenie operacyjne polegające na nacięciu skóry tylnej powierzchni ucha, wypreparowaniu chrząstki małżowiny usznej, jej nacięciu i założeniu szwów niewchłaniających - trwale zaginających chrząstkę i wytwarzających tzw. grobelkę. Czasami potrzebne jest założenie dodatkowych szwów łączących chrząstkę małżowiny z okostną wyrostka sutkowatego, lub wycięcie nadmiaru chrząstki małżowiny. Następnie zeszywa się ranę skórną i zakłada opatrunek.

Celem proponowanej operacji jest zmniejszenie odstawania uszu od czaszki i wytworzenie naturalnego zagięcia chrząstki małżowiny usznej tzw. grobelki.

Alternatywne metody leczenia Pani(a) schorzenia obejmują inne techniki operacyjne

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Zmniejszenie odstawania uszu od czaszki.

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:

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

krwawieniu, powstaniu krwiaka, infekcji ran, opóźnionym gojeniu ran, asymetrii, zaburzeniach czucia skórnych miejsc operowanych.

Wyjątkowo rzadko może dojść do przerostu blizn lub nawrotu deformacji.

Zastosowanie znieczulenia miejscowego może się wiązać z wystąpieniem reakcji alergicznej z zatrzymaniem mięśnia sercowego włącznie.

5. ZNIECZULENIE:

Jest mi wiadome, że podczas zabiegu zostanie zastosowane znieczulenie miejscowe. Jestem poinformowany/a, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenia wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m.in. reakcji alergicznej, zatrzymania pracy mięśnia sercowego i innych

6. ROKOWANIE

Jeżeli nie wyrazi Pan(i) zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani(a) stanu zdrowia w przyszłości jest dobre.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pan(i) zapytał nas o wszystko co chciałby Pan(i) wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani(a) pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI(A) CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....

8. 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(a) zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani(a) zdrowia.

Konieczne byłoby

wówczas również ponowne znieczulenie.

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

9. OŚWIADCZENIE PACJENTKI(A)

Oświadczam, że nie zataiłem/am 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 zrozumiałem/am 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 ścisłą, a jest również sztuką, stąd wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny, ani też zagwarantowany. Zdaję sobie sprawę z ryzyka operacji. Jestem poinformowany/a 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

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu plastyki uszu odstających 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

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....

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