

**FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY Z ZAKRESU CHIRURGII  
PLASTYCZNEJ  
- WSZCZEP IMPLANTÓW PIERSIOWYCH**

Ja niżej podpisana..... urodzona  
dnia ..... w ..... legitymująca się  
dowodem osobistym o numerze .....

**Zgoda ogólna**

Oświadczam, że jestem poinformowana o zabiegu. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam i nie mam więcej pytań. Wiem, że chirurgia plastyczna nie jest wiedzą ścisłą, a jest również sztuką, stąd wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny ani też gwarantowany. Zdaję sobie sprawę z ryzyka operacji. Jestem poinformowana o możliwości wystąpienia typowych jak i nietypowych komplikacji. Wiem, że nikt nie jest w stanie zagwarantować, że powikłania, czy nawet pogorszenie stanu zdrowia nie nastąpi. Jestem świadoma tego, że może być potrzebna dodatkowa operacja po pierwszym zabiegu. Wiem, że po cięciach pozostaną trwale blizny. Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do zabiegu. Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg leczenia i jego wynik. Moja motywacja do zabiegu jest świadoma. Zgody udzielam w pełni świadoma, nie będąc pod wpływem leków ani żadnych innych środków. Wiem, że wszczepy piersiowe nie są na całe życie i mogą wymagać płatnej wymiany.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne doktora R.Jamonta i systematycznie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne i opatrunki w miejscach przez niego wskazanych. Powyższy tekst potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
Data

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta

.. :  
**Oświadczam także, że zostałam w wyczerpujący sposób poinformowana o rodzaju operacji, jej skutkach i wiążącym się z nią ryzyku. W szczególności poinformowano mnie o możliwości wystąpienia:**

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

### **Bólu**

Po zabiegu implantacji protez mogą wystąpić dolegliwości bólowe o różnym nasileniu i czasie trwania. W przypadku odczuwania silnego bólu, powinienam niezwłocznie poinformować mojego lekarza.

### **Infekcji i stanów zapalnych (2,2%)**

Wszelkie zabiegi chirurgiczne, a w szczególności zabiegi z użyciem ciał obcych są obarczone ryzykiem zakażenia drobnoustrojami. Większość infekcji związanych z zabiegiem ujawnia się w przebiegu kilku dni lub tygodni po zabiegu. Jeśli nie zareaguję na podawane antybiotyki, może zajść konieczność usunięcia implantu i założenia nowego po wyleczeniu zakażenia.

W bardzo rzadkich przypadkach może nastąpić Zespół Wstrząsu Toksycznego (TSS). Jest to choroba zagrażająca życiu, wywoływana przez toksyny wydzielane przez niektóre szczepy bakterii. Do jej objawów należą: nagła gorączka, wymioty, biegunka, zawroty głowy, wysypka wyglądem przypominająca oparzenie słoneczne. W przypadku zaobserwowania takich objawów powinienam natychmiast skontaktować się z lekarzem w celu postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia.

### **Zwapnienia w obrębie tkanek otaczających implanty**

Zwapnienia mogą być widoczne podczas badań USG i RTG i zakłócić ich przebieg, a więc utrudniać wykrycie niektórych schorzeń, w tym nowotworów. Z tego powodu należy zawsze poinformować lekarza o implantach. W niektórych przypadkach zwapnienia mogą być uznane za objaw raka i spowodować konieczność wykonania biopsji lub usunięcia protezy w celu dokładnego zbadania charakteru zmiany.

### **Pęknięcia/opróżnienia (1-6%)**

Pęknięcie implantu może być spowodowane urazem piersi lub bardzo silnym naciskiem na pierś, przykurczem torebkowym, zabiegiem zamkniętej kapsulotomii, mammografią, jak również zmęczeniem materiału powłoczki protezy. W przypadku pęknięcia osłonki lub niedokładnego jej zamknięcia, żel silikonowy wycieka, zmniejszając objętość implantu. Może być to zauważone jako zmiana kształtu implantu albo wykryte podczas mammografii lub badania rezonansem magnetycznym. Pęknięcie protezy lub jej rozszczelnienie i wyciekanie substancji wypełniającej może nastąpić w każdym czasie. W takim przypadku implanty powinny zostać chirurgicznie usunięte i ewentualnie wymienione na nowe.

### **Przykurczu torebkowego**

Każde ciało obce znajdujące się w organizmie jest izolowane poprzez powstanie torebki łącznotkankowej, która w większości przypadków pozostaje niezauważalna. W rzadkich przypadkach tkanka tworząca torebkę może stwardnieć i ścisnąć implant powodując tzw. przykurcz torebkowy. Objawem tego może być zniekształcenie piersi, uczucie twardości,

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

lub wyczuwalne przemieszczenie implantu. W przypadku, gdy ból lub uczucie twardości jest bardzo nasilone, konieczny jest dodatkowy zabieg chirurgiczny. Zabieg ten może polegać na usunięciu stwardniałej tkanki bliznowatej a w skrajnych wypadkach na usunięciu lub wymianie implantu.

#### **Atrofii tkanek piersi/deformacji klatki piersiowej**

Ucisk wywoływany przez implant może spowodować skurczenie się tkanek piersi. Ponadto w niektórych przypadkach może dojść do związanego z niewystarczającą grubością otaczających protezę tkanek, pofałdowania powierzchni protez.

#### **Krwiaka/krwotoku pooperacyjnego/przezięku (3%)**

W niedługim czasie po operacji może dojść do powstania krwiaka lub przezięku. Objawia się to opuchlizną, zasinieniem i dolegliwościami bólowymi spowodowanymi nagromadzeniem się krwi lub płynu surowiczego wokół implantu lub w bliźnie. Takie pooperacyjne powikłanie może być przyczyną powstania infekcji lub przykurczu torebkowego. Organizm jest w stanie samemu wyleczyć niewielkie krwiaki lub przezięki. Duże wymagają umieszczenia drenów w celu zapewnienia prawidłowego gojenia. W wyniku drenażu powstać może niewielka blizna.

#### **Zaburzenia czucia brodawek i piersi (15%)**

Po zabiegu implantacji czucie w obrębie brodawki i piersi może ulec osłabieniu lub wzmocnieniu. Zaburzenia te mogą być przemijające lub trwałe. Zazwyczaj ustępują w ciągu 8-12 tygodni.

#### **Wypchnięcia protez na zewnątrz**

Niestabilne lub nieodpowiednie pokrycie protezy przez tkanki lub zaburzenia w gojeniu się ran mogą doprowadzić do wypchnięcia protezy i wydostania się implantu poza skórę.

#### **Martwicy**

Martwica jest to tworzenie się obumarłych tkanek wokół implantu. Może to utrudnić gojenie się rany i spowodować konieczność chirurgicznej korekcji lub usunięcia implantu. Konsekwencją martwicy mogą być trwałe zbliznowacenia i zniekształcenia piersi.

#### **Wycieku żelu i ziarniaków**

Żel w implancie zawiera bardzo dużo cząsteczek tworzących trójwymiarową strukturę podobną do sieci. Pozostała przestrzeń wypełniona jest płynnym silikonem. Nieznaczna ilość tego materiału może przenikać przez powłokę protezy. Wokół wyciekłego silikonu mogą się formować ziarniaki. Guzki tego typu mają charakter nierakowy, mogą jednak być trudne do odróżnienia od guzów nowotworowych.

#### **Niezadowolenia z efektów kosmetycznych zabiegu**

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

Biegłość i doświadczenie nawet najlepszego chirurga nigdy w całości nie zagwarantuje zgodności osiągniętego efektu z pierwotnymi założeniami. Ryzyko różnicy dotyczy w szczególności kształtu i wielkości piersi oraz położenia brodawek. Wszelkie pierwotne założenia mają zatem charakter wyłącznie orientacyjny. Ponadto pomimo prawidłowego wykonania zabiegu mogą wystąpić rezultaty takie jak pomarszczenie, asymetria, przemieszczenie implantu, nieodpowiedni kształt, wyczuwalność implantu, bliznowate deformacje i inne jak stwardnienia, zakrzepica żył klatki piersiowej, przebarwienie w miejscu wszycia protezy.

Bubble double deformity- stan w którym widoczna jest granica pomiędzy protezą a gruczołem piersiowym, możliwe do korekcji przez przeszczep własnej tkanki tłuszczowej. Przekazano mi również informacje o możliwości występowania innych dolegliwości, takie jak depresja pooperacyjna, reakcje alergiczne na niektóre środki użyte podczas zabiegu, a także w przypadku niezastosowania szczepień uodporniających - wszczepienne zapalenie wątroby.

Przyjęłam także do wiadomości informację, iż obecnie stan badań naukowych nie pozwala na jednoznaczne ustalenie, czy niewielka ilość cząsteczek silikonu może przeniknąć do tkanek otaczających protezę i przez to do mleka. Nieznany jest także efekt, jaki mogłoby mieć to na karmione piersią niemowlę. Pomimo braku odpowiedniej metody do badania zawartości silikonu w mleku matki niektóre z analiz wykazują, iż u kobiet z implantami żelowymi nie stwierdzono występowania podwyższonego stężenie silikonu w mleku. Trzeba zauważyć, że nacięcie okołootoczkowe może w znacznym stopniu upośledzać zdolność karmienia piersią, zmniejszając produkcję mleka.

1. Ponadto zostałam poinformowana że:

- implanty nie są implantami na całe życie i pewne okoliczności mogą spowodować zużywanie się lub nieprawidłowe funkcjonowanie implantu i konieczność jego płatnej wymiany.
- wszczepienie implantów piersiowych wiąże się z ryzykiem niepożądanych reakcji ze strony organizmu, które mogą doprowadzić w efekcie do konieczności usunięcia implantu,
- w wyniku operacji dojdzie do powstania trwałych blizn, których przebieg ustalono ze mną przed operacją oraz o przebiegu i czasie gojenia się ran i o zmianach wyglądu blizn z upływem czasu.
- wynik niniejszego zabiegu może być przewidywany jedynie w ograniczonym zakresie i niemożliwe jest gwarantowanie uzyskania pożądanego wyniku operacji, a przeciwnie istnieje ryzyko niepowodzenia lub nawet pogorszenia wyglądu oraz że istnieje również prawdopodobieństwo potrzeby wykonania dodatkowych, płatnych zabiegów,
- efekt operacji możliwy jest do oceny nie wcześniej niż po upływie 3-6 miesięcy od dnia zabiegu,
- wszelkie późniejsze zabiegi (usunięcie implantu, wymiana implantu, zabiegi uzupełniające i inne), których przyczyną nie jest niedopełnienie szczególnej

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

staranności przez lekarza wykonującego niniejszą operację, będą wykonywane odpłatnie,

- nieprzestrzeganie zaleceń przedoperacyjnych i pooperacyjnych może w istotny sposób wpłynąć na wynik zabiegu.
2. Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie oprócz zabiegu wszczepienia implantów, także wszelkich innych niemożliwych do przewidzenia procedur, koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia wynikłych w trakcie operacji nieprawidłowości.
  3. Jestem świadoma, że operator ma prawo do odwołania operacji lub jej przełożenia, może też zlecić wykonanie kontroli innemu specjalście.
  4. Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na wynik zabiegu i przebieg leczenia.
  5. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów dokumentacyjnych i naukowych, a także na publikację w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.
  6. Mając powyższe na uwadze oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu operacyjnego wszczepu implantów piersiowych firmy Mentor typu ..... wielkości ..... przez doktora ..... w dniu ..... przy znieczuleniu .....

.....  
Podpis pacjentki

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