

ZAŁĄCZNIK NR 2
**INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI
ZWIOTCZENIA POWŁOK BRZUSZNYCH**

Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres zamieszkania.....
Data urodzenia.....
PESEL.....
Rodzaj planowanego zabiegu.....
.....

Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu plastyki powłok brzusznych, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytał/ła te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Informacje ogólne- Charakterystyka operacji

Wskazania :

Zabieg plastyki powłok brzusznych jest zabiegiem chirurgicznym mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry i tkanki tłuszczowej z dolnej i środkowej części brzucha oraz wykonania plastyki mięśni prostych brzucha. Polega na wycięciu zwiotczonych tkanek, z wypreparowaniem pępka i wzmocnieniu powłok brzusznych przez zeszywanie mięśni prostych, w przypadku istnienia przepuklin brzusznych, wykonuje się plastykę tych przepuklin. Po zabiegu pozostają blizny biegnące od prawego biodra poprzez wzgórek łonowy do biodra lewego, wokół pępka i 2 małe blizny na wzgórku łonowym po drenach. W przypadku miniplastyki brzucha pępek nie jest operowany, czasami należy odciąć jego dno i wszyć w inne miejsce. W przypadku pacjentów po dużej utracie wagi trzeba zmodyfikować linię cięć i połączyć cięć poprzeczne z pionowym. Plastykę powłok brzusznych czasami łączy się z liposukcją tkanki tłuszczowej.

Leczenie alternatywne :

Alternatywne leczenie obejmuje nie wykonywanie zabiegu operacyjnego. Odsysanie tkanki tłuszczowej połączone z plastyką powłok brzusznych może być zastosowane w przypadkach gdy napięcie skóry jest prawidłowe oraz gdy nadmiar tkanki tłuszczowej nie jest związany z dużą otyłością. Dieta i ćwiczenia fizyczne mogą być skuteczne w zmniejszeniu nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej. Alternatywne metody leczenia, które obejmują operację, związane są również z pewnymi czynnikami ryzyka i potencjalnymi powikłaniami.

Celem proponowanego zabiegu jest :.....
.....
.....

Podpis Pacjenta

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować na powierzchni skóry i tkankach położonych głębiej. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja.
2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po plastyce powłok brzusznych. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.
3. Asymetria – Pewna asymetria brzucha może występować po operacji powłok brzusznych. Czynniki takie jak : napięcie skóry, nagromadzenie tkanki tłuszczowej, napięcie mięśni czy uwidocznienie pod skórą kości mogą mieć wpływ na wynik plastyki powłok brzusznych.
4. Nierówności widoczne na powierzchni skóry – Nierówności widoczne na skórze oraz widoczne zagłębienia mogą występować po plastyce powłok brzusznych. Ponadto może występować pofałdowanie skóry lub jej zmarszczenie. W okolicach nadłonowego poziomego cięcia może powstać nadmiar skóry czyli tzw. psie uszy. Po pewnym czasie może to ulec poprawie lub wymagać dodatkowej operacji.
5. Odległe wyniki – Zmiany kształtu ciała mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, ciążą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej plastyki powłok brzusznych.
6. Ból – Po operacji brzucha może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Czynniki ryzyka związane z plastyką powłok brzusznych :

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem plastyki powłok brzusznych.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu brzucha.

1. Krwawienie – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka lub transfuzji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem.
2. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie antybiotykami, może być konieczna dodatkowa operacja. Większe ryzyko infekcji występuje w przypadkach wykonania plastyki powłok brzusznych razem z odsysaniem tkanki tłuszczowej.

Podpis Pacjenta

3. Zaburzenia czucia skóry – Pewne zaburzenia czucia skóry brzucha są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Trwała częściowa lub całkowita utrata czucia skóry po operacji brzucha występuje wyjątkowo rzadko.
4. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
5. Niezadowolający efekt – Po operacji mogą występować deformacje brzucha, złe gojenie i nieprawidłowy wygląd brzucha. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia asymetrii, która powstała po pierwszym zabiegu. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
6. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary brzucha mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. Czasami pewne obszary skóry w tym pępek mogą ulec martwicy. Może to wymagać częstych zmian opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
7. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
8. Szwy – Większość technik chirurgicznych związane jest z użyciem głęboko zlokalizowanych szwów. Mogą one być wyczuwalne pod skórą, mogą także przebijać się przez skórę stając się widoczne i powodując podrażnienia, które wymagać będą usunięcia szwu.
9. Martwica tkanki tłuszczowej – Może dochodzić do martwicy tkanki tłuszczowej. Może być konieczne usunięcie tej tkanki.
10. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Zabieg plastyki powłok brzusznych wymaga zastosowania głęboko zlokalizowanych szwów. Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie i otrzewna (w bardzo rzadkich przypadkach). Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
11. Seroma – Rzadko płyn może zbierać się pomiędzy skórą i głębiej leżącymi tkankami. Może dojść do tego po operacji, urazie lub intensywnych ćwiczeniach fizycznych. Jeżeli do tego dojdzie konieczne jest wykonanie drenażu tego płynu.
12. Powikłania płucne i układu krążenia – Powikłania układu oddechowego mogą być spowodowane zatorom płucnym, zatorom tłuszczowym lub częściowym uszkodzeniu płuc po znieczuleniu ogólnym. Zaburzenia te mogą być przyczyną śmierci. Powikłania sercowe stanowią ryzyko związane z każdym znieczuleniem ogólnym. Jeżeli wystąpi skrócenie oddechu, ból w klatce piersiowej, nieprawidłowe bicie serca należy natychmiast udać się do lekarza.
13. Pępek – Nieprawidłowe położenie pępka, jego zbliznowacenie lub nawet utrata związana z jego martwicą mogą być powikłaniami po plastyce powłok brzusznych.
14. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
15. Informacja o lekach antykoncepcyjnych – Proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków, m. in. antybiotyki może neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.

Podpis Pacjenta

16. Kontakty intymne po operacji – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
17. Palenie papierosów – Pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko na wystąpienie chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może u pacjenta dochodzić do efektów ubocznych w postaci kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem. **Proszę o wybór prawidłowego stwierdzenia poprzez wstawienie symbolu „x” we wskazanym miejscu poniżej:**
 _____ **Nie palę papierosów.** Zrozumiałam/-em, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.
 _____ **Palę papierosy.** Zrozumiałam/-em ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania spowodowane paleniem papierosów. Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tyg. przed operacją aż do zakończeniu procesu gojenia.
18. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
19. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – Opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji plastyki powłok brzusznych związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem brzucha. Ważne są realne oczekiwania pacjentki, że zabieg ma na celu poprawę wyglądu brzucha a nie uzyskanie idealnego rezultatu.

Powikłania z winy pacjenta :

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne,
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety,
4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające :

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.

Konieczne dodatkowe leczenie

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia. Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnej operacji.

Zastrzeżenia Pacjenta/Pacjentki

.....

Podpis Pacjenta

Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że Pan doktor Robert Jamont przeprowadził ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu plastyki powłok brzusznych, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne.

Podpis Pacjenta

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:.....
Adres zamieszkania :.....
Data urodzenia :.....
Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego :.....
.....
Rodzaj planowanego znieczulenia :.....

Ja niżej podpisana/y...../imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr R.Jamonta i wybranego przez niego asystenta planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację plastyki powłok brzusznych, Ankieta anestezyjologiczna, Wywiad epidemiologiczny, Świadoma zgoda na znieczulenie oraz Zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie Ankietą anestezyjologiczną stanowiącą załącznik nr 1 i Wywiadem Epidemiologicznym, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego oświadczenia.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z **Informacją w zakresie operacji plastyki powłok brzusznych**, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;

Podpis Pacjenta

9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu (operacji), stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanego mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obciążone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 4 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam ponadto poinformowana/ny o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Podpis Pacjenta

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 mogła/ mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest.....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

Podpis Pacjenta oraz data.

Podpis Lekarza oraz data.

Zalecenia pooperacyjne po operacji brzucha

1. Po operacji trwającej 2-3 godziny jest konieczne pozostanie w klinice przez okres 2 dni.
2. Po operacji będzie założone elastyczne ubranko i musi być noszone dzień i noc przez okres 2 tyg. i jedynie w dzień przez następne 2 tyg.. Jest to minimalny okres czasu i wielu pacjentów nosi je dłużej. Ubranko można prać w domu. Można stosować lekko obciskające pasy 4 tygodnie po operacji po zdjęciu ubranka.
3. Przez pierwsze 2 tygodnie :
 - ❖ Zakaz jakichkolwiek wysiłków
 - ❖ Unikanie zaparć
 - ❖ Zakaz brania leków przeciwbólowych na pusty żołądek, ponieważ może to prowadzić to do wymiotów
 - ❖ Nie przestrzeganie w/wymienionych zakazów może prowadzić do krwawienia lub krwotoku, a to może wymagać dodatkowej operacji.
4. Przez pierwsze 3 tygodnie po operacji :
 - ❖ Zakaz palenia papierosów
 - ❖ Zakaz częstego picia kawy lub bezalkoholowych drinków zawierający kofeinę
 - ❖ Nie wolno przebywać w tym samym pokoju co osoby palące papierosy
 - ❖ Zakaz jakiegokolwiek alkoholu.
5. Po operacji przez parę dni pozostaną 2 dreny, które są założone w celu usuwania krwi i osocza z rany. Czasami może być konieczne dodatkowe usuwanie płynu, który może gromadzić się w operowanej okolicy ciała.
6. Nie bądź zdziwiony gdy po usunięciu opatrunku brzuch będzie obrzęknięty lub zasiniony. Zwykle ustępuje to po 2-3 tygodniach, chociaż u niektórych pacjentów obrzęk może trwać do 6 miesięcy.
7. Przez okres 2 tygodni po operacji konieczne jest ograniczenie aktywności fizycznej tak bardzo jak tylko jest to możliwe. Proszę unikać naciągania i podnoszenia ciężkich przedmiotów. Proszę nie prowadzić samochodu przez tydzień po operacji. Nie wolno podnosić małych dzieci (0-2 lat) przez okres 4 tygodni, a większych dzieci przez co najmniej 6 tygodnie.
8. Po 6 miesiącach można powrócić do biegania, pływania, tenisa, podnoszenia cięższych przedmiotów, ale tylko w przypadku gdy nie dochodzi do objawów dyskomfortu.
9. Całkowicie proszę unikać słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu.

Podpis Pacjenta i data

Podpis Lekarza

