

ZAŁĄCZNIK NR 2
INFORMACJA O ZABIEGU WPROWADZENIE NICI LIFTINGUJĄCYCH

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

Instrukcja

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

Informacje ogólne - Charakterystyka wprowadzenia nici liftingujących

Wskazania:

Wprowadzenie nici liftingujących jest małoinwazyjnym zbiegiem chirurgicznym mającym na celu uniesienie tkanek twarzy i/lub szyi. Zabieg ten może być wykonywany jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi zabiegami medycyny estetycznej. Procedura wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym i polega na wprowadzeniu nici z polidioksanu, lub z kwasu mlekowego zaopatrzonych w haczyki. Nici wprowadza się przez nakłucia w ok. kości jarzmowych, płatków uszu, brwi, lub szyi.

Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na: nie wykonywaniu zabiegu, wykonaniu face liftingu, liftingu brwi, wprowadzeniu wypełniaczy lub tkanki tłuszczowej, wykonaniu pilingu głębokiego i innych.

Celem proponowanego zabiegu jest: uniesienie wiotkich tkanek.

Podpis Pacjenta

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. W związku z tym, że nici wprowadzane są przez nakłucie, najczęściej blizny są niewidoczne.
2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po wprowadzeniu nici. 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 twarzy i okolicy oczu występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
4. Odległe wyniki – efekty zabiegu utrzymują się 12-24 miesiące
5. Ból po operacji powiek ustępuje po paru godzinach – Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po wprowadzeniu nici liftingujących. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Czynniki ryzyka związane z wprowadzeniem nici liftingujących

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji obwisłości skóry powiek.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu unoszonych tkanek. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem plastykiem aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje operacji.

1. Krwawienie – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Nadciśnienie jeżeli nie jest leczone może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Stosowanie ziół oraz suplementów diety może także powodować wzrost ryzyka krwawienia. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą (krwiał) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn.
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.

Podpis Pacjenta

3. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
4. Po zabiegu może utrzymywać się obrzęk do ok. 2 tygodni.
5. Zaciągnięcia i nierówności skóry, które są najczęściej przemijające.
6. Rzadko występują przedłużające się dolegliwości bólowe lub drętwienie miejsc poddanych zabiegowi..
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. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
9. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
10. Kontakty intymne po operacji – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
11. 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.
12. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po zabiegu wprowadzenia nici liftingujących w związku z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem po zabiegu. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego efektu.
13. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Podpis Pacjenta

14. 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.

Podpis Pacjenta

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

.....
.....
.....

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.

Podpis Pacjenta

Oświadczam, że Pan Doktor Robert Jamont przeprowadził/a ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu wprowadzenia nici liftingujących, 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 NICI
LIFTINGUJĄCE

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego : wprowadzenie nici liftingujących w ok

.....

Rodzaj planowanego znieczulenia: miejscowe

Ja niżej podpisana/y...../imię i nazwisko/,
na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i
lekarza dentysty (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 Roberta Jamonta,
planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący
zestaw informacji: Świadoma zgoda na wprowadzenie nici liftingujących, wywiad
epidemiologiczny oraz zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego
zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną
samodzielnie Ankieta 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/y 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.

Podpis Pacjenta

8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie wprowadzenia nici liftingujących, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Podpis Pacjenta

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, nieznane 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 obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam 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/em ponadto poinformowana/y 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 pełni wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Podpis Pacjenta

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.

POOPERACYJNE ZALECENIA PO ZABIEGU WSZCZEPIENIA NICI LIFTINGUJACYCH

1. Zabieg wprowadzenia nici liftingujących będzie trwał około 1 godzinę.
2. W razie dolegliwości bólowych Ibuprom 3x1 tabl przez 2-3 dni.
3. Ograniczenie mimiki twarzy (nie jeść hamburgerów, jabłek, twardych bułek), przez okres dwóch tygodni.
4. Konieczne jest wysokie ułożenie głowy przez 48 godzin po operacji w celu zmniejszenia obrzęków. Proszę stosować opatrunki chłodzące w okolicy oczu w ciągu 48 godzin po operacji.
5. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
6. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk powiek.
7. Zakaz wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych przez okres 1 miesiąca.
8. Nie pływaj przez 2 tygodnie.
9. Na zasinione miejsca można stosować krem Auriderm XO lub żel z Arniki 2-3 razy dziennie.
10. Nie stosować w obszarze poddanym zabiegowi żadnych zabiegów rozgrzewających(np. laserowych, fali radiowej, ultradźwiękowej) i masaży przez 2 miesiące.
11. Zakaz picia alkoholu przez 3 tygodnie po operacji.
12. Stosuj jedynie leki przepisane przez lekarza. Nie przyjmuj leków na pusty żołądek, bo może to powodować występowanie wymiotów. Wszystkie te czynniki mogą powodować wzrost ciśnienia krwi i powstanie krwawienia.

Podpis Pacjenta i data

Podpis Lekarza i data