

ZAŁĄCZNIK NR 2

INFORMACJA O OPERACJI ZMNIEJSZENIA PIERSI

Imię i nazwisko pacjenta
Adres zamieszkania
Data urodzenia
PESEL

Rodzaj planowanego zabiegu: Zmniejszenie piersi

Instrukcja

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

Informacje ogólne- Charakterystyka operacji zmniejszenia piersi

Wskazania:

Do zabiegu **kwalifikowane są kobiety z przerostem i opadnięciem piersi**. Operacja jest wykonywana w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Polega na wycięciu części gruczołu piersiowego, nadmiaru wiotkiej skóry i przeniesieniu kompleksu otoczka-brodawka we właściwe miejsce, często zmniejszana jest też średnica otoczek. W przypadku niewielkiego przerostu i opadnięcia możliwe jest zmniejszenie piersi przez odessanie tkanki tłuszczowej.

Leczenie alternatywne:

Plastyka redukcyjna piersi jest metodą z wyboru. Alternatywne leczenie obejmuje leczenie dolegliwości bólowych lub noszenie odpowiednich ubrań pozwalających na uniesienie piersi. U niektórych pacjentek liposukcja może być stosowana w celu zmniejszenia wielkości dużych piersi. Czynniki ryzyka i potencjalne komplikacje są także związane z leczeniem alternatywnym.

Celem proponowanego zabiegu jest:
.....

Podpis Pacjentki

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:

1. **Blizny w kształcie kotwicy lub innym** – 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. **Asymetria** – Pewna asymetria piersi występuje u większości kobiet. Różnice w wyglądzie piersi i brodawki, kształcie, wielkości lub symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
3. **Przebarwienia skóry/obrzęk** – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji zmniejszenia piersi. 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.
4. **Zmiany skórne – nierówności** – Po zmniejszeniu piersi może występować widoczne lub wyczuwalne zmarszczenie skóry. Jedna pierś może być mniejsza niż druga. Położenie i kształt brodawki mogą być różne w obu piersiach. Nadmiar skóry w okolicach poziomych cięć może powodować występowanie tzw. psich uszu. 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 wcześniej operacji piersi.
6. **Ból** – Po operacji piersi może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę. Operacja zmniejszenia piersi może nie poprawić bólu mięśni ramion, karku i pleców. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Czynniki ryzyka związane ze zmniejszeniem piersi

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem zmniejszenia piersi.

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

1. **Krwawienie** – jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka lub transfuzji. Powstanie krwiaka może powodować powstanie przykurczu włóknistego lub infekcji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Stosowanie ziół i suplementów diety może powodować wzrost ryzyka krwawienia w trakcie i po operacji. Krwiak może także powstać po urazie piersi.

Podpis Pacjentki

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.
3. **Zaburzenia czucia brodawki lub skóry na piersiach** – Pewne zaburzenia czucia brodawki są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentek odzyskuje prawidłowe czucie. Częściowa lub całkowita utrata czucia na brodawce lub otaczającej skórze może również wystąpić i obejmować jedną lub obie brodawki. Brak czucia na brodawce może występować gdy przeszczep brodawki jest stosowany przy zmniejszaniu piersi. Zmiany te prowadzą do braku zdolności do karmienia dziecka. W rzadkich przypadkach może dojść do martwicy brodawki.
4. **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.
5. **Uszkodzenie głębiej położonych struktur** – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie i płuca (odma). Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
6. **Nadmierne stwardnienie piersi** – może występować po operacji i jest spowodowane powstawaniem blizny wewnątrz gruczołu piersiowego lub martwicą tkanki tłuszczowej. Występowanie tego stwardnienia nie jest możliwe do przewidzenia. Może być konieczna dodatkowa operacja.
7. **Przedłużone gojenie** – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary skóry piersi lub okolice brodawki mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. Może dojść do częściowej lub całkowitej martwicy brodawek i otoczek. Może to wymagać częstych zmian opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjentki palące papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
8. **Martwica tkanki tłuszczowej** – Może dochodzić do martwicy tkanki tłuszczowej. Może być konieczne usunięcie tej tkanki.
9. **Niezadowolający efekt** – Po operacji mogą występować deformacje piersi, złe gojenie i nieprawidłowy kształt piersi. Może być Pani niezadowolona z wielkości piersi. Brodawka może nie mieć okrągłego kształtu po operacji i może występować asymetryczne położenie brodawki. Może to wymagać dodatkowej operacji. Dodatkowa operacja może być również konieczna w celu usunięcia nadmiaru skóry w okolicach poziomach cięć czyli tzw. psich uszu. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
10. **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.

Podpis Pacjentki

11. **Znieczulenie** – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
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. **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.
14. **Wstrząs** – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
15. **Zakrzepica żył** – rzadko rozwija się w okolicy piersi i ustępuje bez leczenia.
16. **Choroby piersi** – Nie stwierdzono podwyższenia ryzyka wystąpienia chorób piersi lub raka piersi u kobiet po zabiegu zmniejszenia piersi. Wszystkim kobietom zaleca się wykonywanie okresowych badań, wykonywania usg lub mammografii
17. **Utrudnienia** w wykonywaniu mapowania węzła wartowniczego w raku piersi – Zabieg zmniejszenia piersi może potencjalnie utrudniać diagnostyczne postępowanie związane z określeniem przepływu limfy z gruczołu piersiowego do węzła limfatycznego w raku piersi.
18. **Ciąża i karmienie** – Chociaż niektóre kobiety są w stanie karmić dziecko po zmniejszeniu piersi, to zwykle jest to niemożliwe.
19. **Palenie papierosów** – Pacjentki palące papierosy lub narażone 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:**
 - a. **Nie palę papierosów.** Zrozumiałam, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.
 - b. **Palę papierosy.** Zrozumiałam 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.
20. **Leki** - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
21. **Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy** – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji związanych 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.

Podpis Pacjentki

22. **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.
23. **Kontakty intymne po operacji** – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
24. **Leki** – Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu

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

.....

.....

.....

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 Pacjentki

Oświadczam, że Pan doktor Robert Jamont przeprowadził ze mną w dniu.....
o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego.
Podczas rozmowy miałam możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu zmniejszenia
piersi, 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 Pacjentki

OŚWIADCZENIE

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjentki:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego : Zmniejszenie piersi

Rodzaj planowanego znieczulenia : ogólne

Ja niżej podpisana...../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 następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację zmniejszenia piersi, Ankieta anestezyjologiczna, Wywiad epidemiologiczny, Świadoma zgoda na znieczulenie 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 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.

Podpis Pacjentki

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

Jestem świadoma, 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, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma, 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 wyczerpująco i dostępnie poinformowana o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadoma, 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 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 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 o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Podpis Pacjentki

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 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, 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 OPERACJI ZMNIEJSZENIA GRUCZOŁÓW PIERSIOWYCH

1. Operacja będzie trwała około 3 godziny. Po zabiegu zostaniesz przeniesiona do sali pooperacyjnej, gdzie pod pielęgniarską opieką spędzisz przynajmniej 1 noc. Odpowiedzialna, dorosła osoba powinna odtransportować cię do domu.
2. Do domu pojedziesz w specjalnym opatrunku i staniku uciskowym . Opatrunek zostanie zmieniony po ok. 1-2 dniach.
3. Po operacji konieczne jest noszenie przez okres czasu 6 tygodni specjalnego stanika.
4. Możesz brać prysznic, uważając by nie zamoczyć operowanego obszaru.
5. Zalecane jest spanie z uniesioną głową oraz podłożenie poduszek pod ramiona. W ten sposób zmniejszy się napięcie mięśni i przez to pozwoli bardziej komfortowo wypoczywać w nocy. Unikaj spania na boku przez minimum 3 dni.
6. Możesz odczuwać bolesność w obszarze piersi po zabiegu. Częstotliwość oraz nasilenie odczuwalnego dyskomfortu będzie się sukcesywnie zmniejszać z każdym dniem.
7. 2-3 dni po zabiegu, możesz zauważyć obrzęk lub zasinienie w górnej części brzucha. Jest to wynikiem przesuwania się obrzęku z okolic piersi w niższe partie pod wpływem grawitacji. Jest to objaw tymczasowy i zazwyczaj zanika po około tygodniu czasu.
8. Możesz odczuwać zaburzenia czucia dolnej części piersi. Objaw ten ustąpi z czasem, maksymalnie po kilku miesiącach.
9. Czasami jedna pierś może być bardziej obolała niż druga, nie znaczy to że dzieje się cokolwiek złego.
10. Możesz zostać poinstruowana by wykonywać ćwiczenia piersi. Jeśli będzie to zalecone zazwyczaj powinno się zacząć ok. tygodnia po zabiegu.
11. Przez ok. 2 tygodnie po zabiegu trzymaj ramiona od okolic barku do łokcia wzdłuż ciała jak najczęściej jak to jest możliwe. Możesz unosić ramię do poziomu barku.
12. Unikaj podnoszenia ciężkich przedmiotów oraz sięgania do góry oraz do tyłu.
13. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
14. Śpij na plecach lub boku aby uniknąć uciskania piersi przez 2 miesiące.
15. Możesz wrócić do większości zajęć po ok. 3-4 tygodniach.
16. Około 14 dni po zabiegu zalecane jest używanie maści Bliznasil na blizny przez minimum trzy miesiące. Pozwoli to zredukować blizny.
17. Krem z filtrem UV jest także zalecany aby uniknąć zmian pigmentacyjnych. Stroje kąpielowe nie dostarczają wystarczającej ochrony przed promieniami słonecznymi. Wszelkie kremy powinny być nakładane w formie cienkiej warstwy. Wszystkie szwy są rozpuszczalne.
18. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu
19. 2 MIESIĄCE PO ZABIEGU, możesz wznowić bardziej siłowe ćwiczenia takie jak podnoszenie ciężkich przedmiotów, golf, tenis, pływanie, bieganie itp. Ale jedynie pod warunkiem kiedy Twój organizm sobie z nimi radzi, zaczynaj powoli.
20. Nie stosuj leków przeciwbólowych na pusty żołądek ponieważ może to prowadzić Do wymiotów.

Podpis Pacjentki i data

Podpis Lekarza