

ZGODA NA ZABIEG – LIFTING SZYI

Imię i nazwisko Pacjenta/ki

.....

Adres zamieszkania

.....

Data urodzenia

PESEL

Data zabiegu

Zgoda ogólna

Oświadczam, że jestem poinformowana/-y o zabiegu. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam/-em 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/-y 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/-y tego, że może być potrzebna dodatkowa operacja po pierwszym zabiegu. Wiem, że po cięciach pozostaną trwałe blizny. Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku, ani nie namawiano do zabiegu. Oświadczam, że nie zataiłam/-em 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/-y, nie będąc pod wpływem leków, ani żadnych innych środków.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne lek. Roberta Jamonta i systematycznie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne i opatrunki w miejscach przez niego wskazanych. Upoważniam Roberta Jamonta oraz jego współpracowników do wykonania zabiegu **liftingu szyi**. Całkowicie rozumiem, iż możliwości takiego zabiegu są ograniczone. Powyższy tekst potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis Pacjenta/ki

Specyfika i cel zabiegu liftingu szyi

Lifting szyi jest zabiegiem chirurgicznym, który pozwala usunąć nadmierną ilość skóry i/lub tkanki tłuszczowej okolicy szyi. Zabieg może pomóc w poprawie wyglądu ludzi, którzy mają widoczną wiotkość skóry okolicy szyi i deficyt lub nadmiar tkanki tłuszczowej.

A. Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:

1. **Blizny** – każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą powstać na skórze lub dotyczyć głębiej położonych tkanek. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja. Czasami dochodzi do powstawania małych skórnych torbieli w miejscu szwów.
2. **Przebarwienia skóry/obrzęk** – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji. 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 czas lub może pozostać na zawsze.
3. **Asymetria** – pewna asymetria okolicy szyi występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie szyi, jej asymetria mogą także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
4. **Odległe wyniki** – zmiany wyglądu szyi mogą być związane z wiekiem, zmianą masy ciała, opaleniem lub zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Zabieg nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji pozostanie na zawsze. Dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu utrzymania wyników operacji.
5. **Ból** – zwykle ustępuje po kilku lub kilkunastu godzinach od operacji. Przewlekły ból jest bardzo rzadkim następstwem po operacji liftingu szyi. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

B. Ryzyko:

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji obwisłości skóry jest bardzo ważne. Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu powiek. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem plastycznym, 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. Krwawienie może występować pod skórę policzka i szyi. Jeżeli krwawienie występuje po operacji to wymaga szybkiego leczenia lub operacji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Nadciśnienie tętnicze, 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 (krwiak) 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.
3. **Widoczne zgrubienia** i nierówności miejsca operowanego są przejściowe i niwelują się w trakcie kilku tygodni od zabiegu.
4. **Przetrwwały obrzęk** w okolicy szyi związany z reakcją organizmu na zabieg operacyjny.
5. **Porażenie gałęzi nerwu twarzowego**, jeżeli występuje, dotyczy niektórych gałęzi, i zazwyczaj jest przejściowe. Zanika do około 6 miesięcy.
6. **Zmiany chorobowe/nowotworowe skóry** – Lifting szyi jest zabiegiem mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry i korekcji głębiej położonych struktur szyi. Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od operacji.
7. **Problemy z jedzeniem**. Występują sporadycznie i związane są z patologicznym napięciem w obrębie mięśni żwaczy.
8. **Niezadowolający efekt** – możliwy jest zły wynik operacji. Obejmuje on widoczne deformacje, utratę funkcji, rozejście się rany lub utratę czucia. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczności wykonania powtórnej operacji nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
9. **Reakcje alergiczne** - rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i wymagają dodatkowego leczenia.
10. **Przedłużone gojenie** – możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjenci palący papierosy narażeni są na wyższe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
11. **Znieczulenie** – zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Jest mi wiadome, iż w czasie wykonywania zabiegu liftingu szyi można stosować znieczulenie miejscowe jak i ogólne oraz, że w czasie trwania mojego zabiegu będzie zastosowane znieczulenie miejscowe lub ogólne.

Jestem poinformowana/-y, że zastosowanie jakiegokolwiek znieczulenia lub sedacji wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, m. in. reakcji alergicznej, zatrzymania mięśnia sercowego oraz śmierci.

Podpis Pacjenta/ki

12. **Wstrząs** – występuje niezmiernie rzadko, związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
13. **Kontakty intymne po operacji** – mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
14. **Informacja o lekach antykoncepcyjnych** – proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków, m.in. antybiotyki mogą neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.
15. **Choroby neurologiczne i objawy psychiatryczne** – w literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji liftingu szyi 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.
16. **Niezadowolenie z efektów kosmetycznych zabiegu** – biegłość i doświadczenie nawet najlepszego chirurga nigdy w całości nie zagwarantuje zgodności osiągniętego efektu z pierwotnymi założeniami. Wszelkie pierwotne założenia mają zatem charakter wyłącznie orientacyjny.
17. **Palenie papierosów** – pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko występowania chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizn. Dodatkowo może u nich 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.

Podpis Pacjenta/ki

Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tygodni przed operacją, aż do ukończenia procesu gojenia.

Możliwe powikłania występujące z winy pacjenta, mogą mieć miejsce w następujących przypadkach:

1. Niestosowanie się do zaleceń pooperacyjnych
2. Niezgłaszanie się na wizyty kontrolne
3. Nie powstrzymanie się od wykonywania niektórych czynności (np. wysiłek fizyczny we wczesnym okresie pooperacyjnym)

Jestem świadomy(a), iż oprócz wyżej wymienionych powikłań mogą wystąpić inne, nietypowe powikłania. Koszty leczenia powikłań ponosi pacjent. Przewidywany jest korzystny efekt operacji, nie może on jednak być zagwarantowany.

Jestem powiadomiona/-y, iż w czasie trwania operacji, mogą wystąpić nieprzewidziane sytuacje, które będą wymagały dodatkowych lub innych czynności, niż te wyżej wymienione i wcześniej nie uzgodnione przed zabiegiem. Dlatego upoważniam i proszę lek. Roberta Jamonta, jego asystentów, oraz osoby przez nich upoważnione o wykonanie takich czynności, jakie ich zdaniem są niezbędne.

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne może być 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 pierwotnej operacji.

C. Alternatywne metody leczenia

Metody laserowe, nici haczykowe, HIFU, RF

D. Potwierdzenie zgody

W sposób wyczerpujący omówiłam/-em mój stan zdrowia oraz proponowane metody chirurgicznego leczenia z lek. Robert Jamont oraz otrzymałam/-em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania. Posiadam wystarczającą wiedzę, na której opieram moją zgodę na proponowane leczenie. Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na zabieg.

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 nim związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

E. Współpraca:

Zgadzam się współpracować z lek. Robertem Jamontem w ramach opieki pooperacyjnej.

Podpis Pacjenta/ki

Data _____

Podpis Lekarza _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych w Klinice Chirurgii Plastycznej Robert Jamont. Dane będą przetwarzane w stopniu umożliwiającym udzielenie usługi medycznej.

Dodatkowe:

Wyrażam zgodę na fotografowanie mnie przed, w czasie, oraz po leczeniu, oraz na to, iż te fotografie będą własnością wyżej wymienionego lekarza i będą mogły być publikowane z zachowaniem zasady anonimowości osoby fotografowanej.

.....

data i podpis lekarza
opiekuna

.....

podpis pacjenta/ki albo uprawnionego