OŚWIADCZENIE PACJENTA, ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL _____

Zgodnie z art. 15 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Z 2011 nr 277 poz 164. brzmienie od 23 grudnia 2011 do 31 grudnia 2011), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego, niżej opisanego leczenia chirurgicznego.

PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY:

Radykalne wycięcie zmiany skóry lub tkanek miękkich z miejscową plastyką.

PREDYSPOZYCJE/CEL:

Zabieg wykonuje się u pacjentów z różnego rodzaju rozrostowymi zmianami skóry. Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych. Celem zabiegu jest usunięcie zmiany skórnej i poddanie jej badaniu histopatologicznemu.

OPIS ZABIEGU:

Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach. Chory jest znieczulony miejscowo. Czasami - jeśli tego wymaga stan miejscowy - wykonuje się rysunki wyznaczające linie cięć oraz stanowiące punkty orientacyjne w trakcie operacji. Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonych miejscach. Radykalne wycięcie zmiany skórnej lub podskórnej polega na wykonaniu chirurgicznego cięcia najczęściej w kształcie eliptycznym wokół lub nad zmianą, a następnie wypreparowaniu jej w całości z marginesem zdrowych tkanek. Wielkość marginesu usuwanych tkanek jest ustalana przed zabiegiem, może jednak ulec zmianie śródoperacyjnie, jeśli stan miejscowy oraz podejrzenia kliniczne co do rodzaju zmiany tego wymagają. Po usunięciu zmiany wykonujemy kontrolę krwawienia, następnie podpreparowywujemy brzegi rany celem zmniejszenia ich napięcia w trakcie zamykania rany. Jeśli stan miejscowy tego wymaga może zostać założony dren do rany. W zależności od głębokości cięcia zakładamy dwie lub jedną warstwę szwów które zamykają ranę pierwotnie. Wygląd blizny pooperacyjnej uzależniony jest od wielkości usuniętej zmiany i marginesu oraz od właściwości osobniczych chorego. W przypadku braku możliwości zamknięcia pierwotnego rany możliwe są inne sposoby jej zamknięcia: zamknięcie wtórne, zamknięcie przeszczepem, zamknięcie płatem

– w przypadku wystąpienia takiego ryzyka chory zostanie poinformowany o tym przed zabiegiem. Pobrany materiał tkankowy jest wysyłany do badania histopatologicznego.

PRZYGOTOWANIE I BADANIA DO ZABIEGU:

W związku z podaniem znieczulenia miejscowego u pacjentów bez obciążeń w wywiadzie zwykle nie wykonuje się przed operacją badań dodatkowych. Niemniej jednak lekarz czasami może zlecić wykonanie rutynowych badań laboratoryjnych lub innych badań dodatkowych w zależności od stanu zdrowia pacjenta np. EKG, RTG płuc czy USG jamy brzusznej. Pacjenci palący papierosy w związku z ich negatywnym wpływem na proces gojenia będą proszeni o zaprzestanie palenia na trzy tygodnie przed i po operacji. Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym kąpiel pod bieżącą wodą w mydle antyseptycznym. Tuż przed zabiegiem zostanie założona do żyły kaniula służąca do podawania leków; cewnik moczowy jeśli przewidywany czas zabiegu jest dłuższy od 2 godz i bandaż elastyczny na kończyny dolne w przypadku obecności żylaków. Na skórę naniesione zostaną oznaczenia/linie, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji. Zrobiony zostanie również komplet zdjęć.

PRZECIWWSKAZANIA:

Przeciwwskazaniami do zabiegu są:

- niestabilne nadciśnienie tętnicze;
- niestabilna choroba niedokrwienna serca;
- skazy naczyniowe i zaburzenia krzepnięcia;
- przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi, immunosupresyjnych i cytotoksycznych;
- niedokrwistość;
- duszności w wywiadzie;
- stany zapalne żył kończyn dolnych;
- cukrzyca niestabilna;
- nadczynność/niedoczynność tarczycy niewyrównana;
- infekcja ropna skóry;
- ciąża.

Prosimy o bezwzględnie poinformowanie lekarza, jeśli któreś z powyższych przeciwwskazań do operacji u Państwa występuje. W przypadku podpisania zgody przez pacjenta przy obecności, któregoś z w/w przeciwwskazań do zabiegu przyjmuje się, że pacjent akceptuje i bierze na siebie odpowiedzialność za zwiększone ryzyko wystąpienia niżej wymienionych powikłań.

RODZAJ ZNIECZULENIA:

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym.

CZAS TRWANIA ZABIEGU:

Czas trwania zabiegu wynosi od kilkudziesięciu minut do 1 godziny w zależności od miejscowych warunków anatomicznych.

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU I PRZEBIEG REKONWALESCENCJI:

Dolegliwości bólowe kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych występują bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni. Mogą się one nasilać w pewnym stopniu przy wzmożonej aktywności ruchowej i wymagać doustnych leków przeciwbólowych przez następne kilka tygodni. Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu. Po operacji w 1 lub 2 dniu zostanie zdjęty opatrunek. Szwy usuwane będą po około 7- 14 dniach po zabiegu. Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 2 dni po usunięciu drenu lub ustąpieniu wydzieliny z rany. Powrót do pełnej aktywności życiowej następuje najczęściej po upływie 10-14 dni od zabiegu, a do ćwiczeń fizycznych po upływie 6-8 tygodni. Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku. Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia/zabrudzenia rany należy ją przemyć preparatem antyseptycznym. Efekt pierwotny operacji jest widoczny zaraz po zabiegu. Z czasem obrzęk operacyjny tkanek ustąpi, ich struktura ulegnie przebudowie, linie cięć zbledną. Efekt ostateczny zabiegu zależy od stanu ogólnego i miejscowego pacjenta oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 - 18 miesięcy.

MOŻLIWE POWIKŁANIA [należy uwzględnić możliwość wystąpienia każdego z niżej podanych powikłań podejmując decyzję o wyrażeniu zgody na proponowany zabieg]:

1. Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do utraty zdrowia lub życia włącznie. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem blizny.

2. Możliwe powikłania miejscowe: krwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek a w przypadku kończyn prowadzące do amputacji), zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, powstanie surowiczaka, rozejście się brzegów rany, powstanie przerośniętej lub przykurczającej blizny, przeczulica (ból) lub zdrętwienie oraz utrata czucia w okolicy operowanej, przebarwienie lub zwiotczenie skóry, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań.

3. Możliwe powikłania ogólnoustrojowe: gorączka, zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, zakażenie łożyska naczyniowego, uogólniona odpowiedź zapalna na zakażenie miejscowe, nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, wystąpienie zatorowości płucnej, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.

4. Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.

ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

Innymi sposobami leczenia zmian skórnych i podskórnych są:

- biopsja lub częściowe wycięcie zmiany;
- zcięcie zmiany;
- wycięcie przy pomocy elektrokoagulacji, zamrażania, lasera lub łyżeczkowania.

Tylko leczenie operacyjne pozwala na usunięcie zmiany. W przypadku zmian łagodnych możliwe jest leczenie zachowawcze polegające na obserwacji klinicznej i okresowych kontrolach.

Podpis lekarza _____

Podpis pacjenta _____

Tylko radykalne wycięcie daje możliwość uzyskania nieuszkodzonego preparatu do badania histologicznego i w przypadku stwierdzenia zmiany łagodnej jednocześnie zakończenie leczenia.

OŚWIADCZENIE LEKARZA OPERUJĄCEGO:

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego:

_____

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne. Zostałem/am poinformowany/a o:

- rodzaju zabiegu;
- przewidywanym czasie trwania;
- sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku;
- możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia.

Powodzenie samego zabiegu jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.

Zgadzam się na operację w znieczuleniu miejscowym. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami sztuki medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego. Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia. Całkowicie rozumiem, iż możliwości zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, że medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji. Oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia w wywiadzie lekarskim. Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich co do leków oraz postępowanie okołooperacyjnego i do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach. W przypadku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich lub zatajenia rozpoznanych schorzeń i występujących dolegliwości, biorę pełną i osobistą odpowiedzialność za zaistniałe powikłania pooperacyjne.

Data _____

Podpis pacjenta _____

Podpis i dane lekarza _____

Ewentualne uwagi pacjenta: