

INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI ZMARSZCZEK TWARZY I SZYI

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

Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o operacji zmarszczek twarzy i szyi, 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 operacji zmarszczek twarzy i szyi

Wskazania :

Operacja zmarszczek twarzy i szyi jest zabiegiem operacyjnym mającym na celu poprawienie (odmłodzenie) wyglądu twarzy i szyi. Wraz z wiekiem skóra i mięśnie okolicy twarzy stają się wiotkie i obwisnięte. Operacja zmarszczek twarzy i szyi nie spowoduje zatrzymanie procesu starzenia się, może jedynie podnieść głębsze struktury twarzy, usunąć nadmiar skóry lub tkanki tłuszczowej. Operacja zmarszczek twarzy i szyi może być wykonana jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi procedurami takimi jak operacja podniesienia brwi, odsysaniem tkanki tłuszczowej, korekcją powiek lub operacją nosa. Operacja zmarszczek twarzy i szyi jest indywidualnie dopasowywana dla każdego pacjenta. Najlepszymi kandydatami do operacji zmarszczek twarzy i szyi są pacjenci z niewielką obwisłością skóry, mający elastyczną skórę i uwydatnione struktury kostne.

Leczenie alternatywne :

Alternatywne postępowanie może polegać na nie wykonywaniu operacji zmarszczek twarzy i szyi. Uzyskanie poprawy napięcia skóry i zmniejszenia zmarszczek może być uzyskane poprzez wykonanie chemicznych peelingów lub zabiegów laserowych. Z każdym z tych zabiegów są związane także z pewne ryzyko i powikłania.

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 powstawać 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.
2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji zmarszczek twarzy i szyi. 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 występuje u większości kobiet. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
4. Odległe wyniki – Zmiany wyglądu twarzy mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, opalaniem się lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Zabieg zmarszczek twarzy i szyi nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji zostanie na zawsze. Dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu zatrzymania wyników operacji zmarszczek twarzy i szyi.
5. Nierówności skóry – Po operacji mogą być widoczne nierówności, dodatkowe zmarszczki lub zagłębienia na skórze.
6. Ból – Po operacji zmarszczek twarzy i szyi 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 operacją zmarszczek twarzy i szyi

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem zmarszczek twarzy i szyi.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu twarzy i szyi. 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. 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. Nadciśnienie jeżeli nie jest leczone może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą (krwiak) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn.

Podpis Pacjenta

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 skóry – Pewne zaburzenia czucia na skórze twarzy i szyi są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie.
4. 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.
5. Seroma – Czasami występuje nagromadzenie płynu surowiczego pod skórą. Jeżeli dochodzi do tego konieczne jest zastosowanie drenażu płynu.
6. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
7. Uszkodzenie nerwu – Podczas operacji zmarszczek twarzy może dojść do uszkodzenia nerwów motorycznych lub czuciowych. Osłabienie lub utrata ruchów mimicznych twarzy, a także przejściowa lub trwała utrata czucia mogą występować po operacji. Tego rodzaju uszkodzenia zwykle są przejściowe i zwykle z czasem ulegają poprawie. Uszkodzenia nerwów czuciowych na szyi lub w okolicy uszu mogą powodować przejściowe lub bardzo rzadko trwałe brak czucia. Bolesne zbliznowacenie nerwu występuje bardzo rzadko.
8. Podrażnienie oczu – podrażnienie oczu lub ich suchość może występować po operacji zmarszczek twarzy lub wtedy kiedy dodatkowo wykonano korekcję powiek w tym samym czasie.
9. Zmiany chorobowe/ nowotworowe skóry – Operacja zmarszczek twarzy i skóry jest zabiegiem mającą na celu podniesienie skóry i głębiej położonych tkanek twarzy. Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.
10. Niezadowalający efekt – Możliwy jest zły wynik po operacji zmarszczek twarzy i szyi. Obejmuje on widoczne deformacje, utrata możliwości ruchów mięśni twarzy, rozejście się rany lub utrata czucia. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
11. 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.
12. Utrata włosów – Utrata włosów może wystąpić w tych obszarach skóry, które są odpreparowywane (podnoszone do góry) w trakcie zabiegu. Nie jest możliwe przewidzenie tego rodzaju powikłania.
13. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary twarzy mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. 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.
14. 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.
15. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.

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. 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.
19. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – Opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji zmarszczek twarzy i 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.
20. Leki – Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

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.

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.

Podpis Pacjenta

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.

Oświadczam, że Pan/i Doktor przeprowadził/a ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących operacji zmarszczek twarzy i szyi, 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 Ryszarda Nawrockiego i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację zmarszczek twarzy i szyi, 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 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.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z **Informacją w zakresie liftingu twarzy i szyi**;
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), 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 dostępne 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 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, 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.

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.

Zalecenia po operacji zmarszczek twarzy i szyi

1. Operacja będzie trwała około 3 godzin. Po operacji konieczne jest pozostanie w sali pooperacyjnej przez co najmniej 1 noc.
2. Proszę trzymać głowę uniesioną w celu zmniejszenia obrzęku. Nie używaj poduszek, które przesuwały głowę do przodu. Staraj się utrzymać szyję prosto, z brodą uniesioną do góry. Po zabiegu będą założone dreny po obu stronach głowy.
3. Nie opuszczaj głowy poniżej poziomu serca..
4. Unikaj jedzenia, które wymaga długiego żucia. Nie musisz stosować ograniczeń w diecie
5. Nie wykonuj żadnych wysiłków fizycznych. Wysiłek fizyczny, zaparcia mogą powodować wzrost ciśnienia krwi co może doprowadzić do krwawienia i może wymagać dodatkowej operacji.
6. Myj zęby wyłącznie miękką szczoteczką. Unikaj ruchów górną wargą
7. Unikaj długich rozmów telefonicznych przez co najmniej 10-14 dni
8. Możesz myć swoją twarz nie dotykając opatrunku. Myj się pod prysznicem do chwili zdjęcia opatrunku.
9. Nie uśmiechaj się i unikaj ruchów mimicznych twarzy przez 1 tydzień
10. Po operacji będą założone bandaże. Będą one zmieniane po 24 godzinach. Twarz będzie zasiniona po operacji. Zasinienie to będzie się utrzymywać około 2 tygodnie. Zazwyczaj będzie po kilku dniach można zastosować makijaż. Na zasinienia można zastosować krem Auriderm XO 3-4 razy dziennie.
11. Po usunięciu bandaża umyj włosy w niezbyt gorącej wodzie po 3-4 dniach. Nie stosuj suszarki ze względu na możliwość oparzenia skóry spowodowanego występującymi zaburzeniami czucia po operacji.
12. Nie wkładaj ubrania przez głowę, ponieważ mogą one uszkodzić szwy znajdujące się poniżej płatków uszu. Po operacji będą występować zaburzenia czucia na twarzy i szyi przez okres czasu kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Uczucie swędzenia będzie występowało około 2 tygodnie po zabiegu i jest związane z procesem gojenia.
13. Nie stosuj leków przeciwbólowych na pusty żołądek ponieważ może to prowadzić do wymiotów.
14. Po 5-7 dniach po operacji można zastosować makijaż.
15. Szwy będą usunięte 12-14 dnia po operacji. Po paru dniach po usunięciu szwów można zacząć stosować preparat Cicaplast na blizny 2 razy dziennie.
16. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu.
17. Nie pływaj przez 1 miesiąc.

Podpis Pacjenta i data

Podpis Lekarza