

# INFORMACJA O ZABIEGU PRZESZCZEPU TKANKI TŁUSZCZOWEJ

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

## Instrukcja

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

## Informacje ogólne - Charakterystyka zabiegu przeszczepu tkanki tłuszczowej

### Wskazania :

Zabieg przeszczepu tkanki tłuszczowej jest zabiegiem chirurgicznym mającym na celu zmniejszenie zmarszczek, wypełnienie nierówności występujących na powierzchni ciała, wypełnienia ubytków objętości tkanek spowodowanych wiekiem, urazem, operacjami, wadami wrodzonymi lub innymi przyczynami. Zwykle przeszczepiona tkanka tłuszczowa powoduje zwiększenie objętości w leczonej okolicy ciała.

Najczęściej zabieg jest wykonywany na twarzy jako dodatkowe postępowanie w odmładzaniu jej wyglądu. Przeszczep tkanki tłuszczowej może być wykonywany jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi zabiegami . Zabieg ten nie zatrzyma procesu starzenia i nie zabezpieczy przed powstaniem następnych zmarszczek.

Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym, dożylnym lub ogólnym w zależności od rozległości zabiegu. Zabieg przeszczepiania tkanki tłuszczowej polega na pobraniu przy pomocy metalowych kaniul odpowiedniej ilości tkanki tłuszczowej z okolicy tułowia lub kończyn dolnych i po odpowiednim przygotowaniu wszczepieniu go w wybrany obszar twarzy lub ciała. Do wykonania tego zabiegu konieczne jest wykonanie małych otworów ok. 2 mm średnicy. Tkanka tłuszczowa jest wprowadzana w określoną okolicę również poprzez niewielkie nacięcie - kaniulą lub grubą igłą. Chirurg może podać większą ilość tkanki tłuszczowej niż jest to konieczne do uzyskania dobrego efektu ze względu na to, że tkanka tłuszczowa z czasem ulega częściowej absorpcji. W ciągu kilku tygodni ilość przeszczepionej tkanki tłuszczowej będzie zmniejszać się.

Podpis Pacjenta

### Leczenie alternatywne :

Alternatywne leczenie obejmuje :

1. Nie wykonywanie zabiegu operacyjnego
2. Chemiczne peelingi
3. Zastosowanie innych preparatów wypełniających
4. Zabiegi laserowe
5. Operacja liftingu twarzy i szyi
6. Botox
7. Dermabrazja

Alternatywne metody leczenia, związane są również z pewnymi czynnikami ryzyka i potencjalnymi powikłaniami.

Celem proponowanego zabiegu jest : .....

.....

.....

### Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – 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. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie w miejscu pobrania tkanki tłuszczowej. 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 może występować po przeszczepieniu tkanki tłuszczowej. Czynniki takie jak : napięcie skóry, napięcie mięśni czy uwidocznienie pod skórą kości mogą mieć wpływ na wynik zabiegu.
4. Odległe wyniki – Zmiany wyglądu okolicy, gdzie została przeszczepiona tkanka tłuszczowa mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, ciążą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytego wcześniej zabiegu.
5. Ból – Po zabiegu 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 przeszczepianiem tkanki tłuszczowej :

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka, stąd niezwykle istotne jest zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu ciała. 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. Poniżej zostały przedstawione dotychczas stwierdzone naukowo przypadki możliwych objawów ubocznych lub powikłań związanych z zabiegiem przeszczepiania tkanki tłuszczowej

1. Wybór pacjenta – Osoby z mało elastyczną skórą, problemami medycznymi lub nierealnymi oczekiwaniami nie powinni być rozważani jako kandydaci do zabiegu.
2. Krwawienie – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka. 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 powstawanie nieprawidłowych blizn.
3. 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.
4. Seroma - Bardzo rzadkie powikłanie polegające na gromadzeniu się płynu w miejscu, gdzie była pobierana tkanka tłuszczowa. Leczenie polega na usunięciu płynu.
5. Zaburzenia czucia skóry – Pewne zaburzenia czucia skóry są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Trwała częściowa lub całkowita utrata czucia skóry po operacji występuje wyjątkowo rzadko.
6. Martwica tkanki tłuszczowej – Może dochodzić do martwicy tkanki tłuszczowej. Może być konieczne usunięcie tej tkanki. Czasami w miejscu przeszczepionej tkanki tłuszczowej mogą powstawać torbiele. Może być konieczne chirurgiczne usunięcie tych torbieli.
7. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie ( w bardzo rzadkich przypadkach). Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.
8. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
9. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.

Podpis Pacjenta

10. Niezadowalający efekt – Po operacji mogą występować niezadowalający efekt związany z podaniem większej ilości tkanki tłuszczowej, ze względu na to, że ok. 50% tkanki tłuszczowej ulegnie wchłonięciu. Prawdopodobnie będzie konieczne wykonanie 2 lub więcej przeszczepów tkanki tłuszczowej aby uzyskać w pełni satysfakcjonujący wynik.
11. Przedłużone gojenie – Pewne obszary ciała 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. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia komplikacji związanych z gojeniem się rany.
12. 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.
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. 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.
15. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
16. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po zabiegach chirurgii plastycznej 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.
17. Poważne powikłania opisywane w zabiegach przeszczepiania tkanki tłuszczowej są bardzo rzadkie. Tego rodzaju powikłania to **zator tłuszczowy, wstrząs, zapalenie opon mózgowych, uogólnione zakażenie, ślepotą lub śmierć. Zator tętnicy płucnej** występuje kiedy komórki tłuszczowe powodują zatory w płucach co doprowadza do niewydolności oddechowej a następnie krążeniowej i może doprowadzić do śmierci. Leczenie polega na hospitalizacji pacjenta i wdrożeniu odpowiedniego leczenia.

#### 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.

Podpis Pacjenta

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.

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 zabiegu liposukcji, 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 przeszczepu tkanki tłuszczowej, 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 i Wywiadem Epidemiologicznym.

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 operacji przeszczepu tkanki tłuszczowej,**
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 wyczerpująco i dostępne 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, 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/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 zupełności 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 dla pacjenta po zabiegu przeszczepienia tkanki tłuszczowej**

1. Po zabiegu trwającym 1-2 godzin konieczne jest pozostanie w klinice przynajmniej przez okres 6 godzin.
2. Przez 24 godziny po zabiegu konieczne jest odpoczywanie i spanie z uniesioną głową. Spanie na 3-4 poduszkach umieszczonych pod głową i plecami jest zalecane przez następne 3-4 noce. Pozwoli to zmniejszyć obrzęk i zasinienie.
3. W celu zmniejszenia obrzęku i zasinienia twarzy zaleca się stosowanie przez 24 godziny po zabiegu zimnych okładów.
4. W przypadku występowania dolegliwości bólowych proszę stosować leki przepisane przez lekarza i zażywać je podczas jedzenia aby nie doprowadzać do wystąpienia wymiotów lub nudności.
5. Proszę stosować antybiotyki według zaleceń lekarza.
6. Proszę unikać picia alkoholu przez okres 2 tygodni po zabiegu
7. Przez 5 dni po zabiegu proszę jeść jedynie miękkie pokarmy, unikać gryzienia twardych pokarmów i żucia.
8. Po 24 godzinach można brać prysznic i myć twarz delikatnym mydłem.
9. Po 24 godzinach po zabiegu można myć zęby.
10. Przez 1 miesiąca proszę nie podnosić ciężkich przedmiotów, unikać wysiłków fizycznych.
11. Po zabiegu skóra twarzy będzie nadmiernie wrażliwa na promienie słoneczne, konieczne jest zastosowanie kremów z wysokim filtrem.
12. Zakaz solarium przez okres 2 miesięcy