INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI ODSTAJĄCYCH MAŁŻOWIN USZNYCH

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

Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o operacji odstających małżowin usznych, 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 odstających małżowin usznych

Wskazania :

Operacja odstających małżowin usznych jest zabiegiem operacyjnym mającym na celu poprawienie kształtu małżowin usznych. Można zastosować różne techniki do korekcji odstających małżowin usznych lub do odtworzenia małżowin usznych po urazach. Każda operacja małżowin usznych zależy od wyglądu małżowin usznych i oczekiwań pacjenta.

Leczenie alternatywne :

Operacja odstających małżowin usznych jest metodą z wyboru. Alternatywne postępowanie polega na nie wykonywaniu operacji uszu.

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 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. Asymetria – Pewna asymetria twarzy występuje u większości pacjentów. Różnice w wyglądzie uszu, ich kształcie, symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.

Podpis Pacjenta

3. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji odstających małżowin usznych. 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. Asymetria – Pewna asymetria twarzy i okolicy oczu występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
5. Odległe wyniki – Zmiany wyglądu małżowin usznych mogą być związane z wiekiem, opalaniem się, ciążą, menopauzą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Wszystkie te stany mają wpływ na sprężystość chrząstki małżowin usznych. Dodatkowe leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu poprawienia lub zatrzymania wyników operacji uszu.
6. Ból przewlekły – Po zabiegu będzie występował ból. Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po operacji odstających małżowin usznych i związany jest z pooperacyjną blizną .

Czynniki ryzyka związane z operacją odstających małżowin usznych

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji odstających małżowin usznych. Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu uszu. 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.
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 po operacji uszu w postaci osłabienia lub utraty czucia są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Zaburzenia czucia mogą pozostać do końca życia choć zdarza się to niezmiernie rzadko.
4. Urazy ucha – Urazy ucha po operacji odstających małżowin usznych mogą zniweczyć rezultat zabiegu. W trakcie procesu gojenia konieczne jest zapewnienie uszom ochrony.
5. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.

Podpis Pacjenta

6. Nierówności skóry – Po operacji mogą być widoczne nierówności, dodatkowe zmarszczki lub zagłębienia na skórze i chrząstce. Czasami może dojść do powstania uwypukleń na skórze w okolicy zakończenia cięcia za małżowiną uszną w postaci tzw. psich uszu. Mogą one z czasem ulec zmniejszeniu lub konieczna jest dodatkowa operacja.
7. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary uszu 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.
8. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z rekcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
9. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
10. 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.
11. Szwy – Większość technik chirurgicznych związane jest z użyciem niewchłanialnych, 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.
12. Przeczulica skóry – Podczas operacji odstających małżowin usznych może dochodzić do przeczulicy i nieprawidłowych reakcji na ciepło i zimno. Tego rodzaju odczucia zwykle są przejściowe i z czasem ulegają poprawie. W bardzo rzadkich przypadkach zaburzenia czucia pozostają na zawsze.
13. Powikłania płucne i układu krążenia – Powikłania układu oddechowego mogą być spowodowane zatorem płucnym, zatorem 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.
14. Niezadowalający efekt – Możliwy jest zły wynik po operacji odstających małżowin usznych. Obejmuje on widoczne deformacje, asymetrię, nieprawidłowe umiejscowienie pooperacyjnych blizn, 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.
15. Zmiany chorobowe/ nowotworowe skóry – Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.
16. 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.
17. Kontakty intymne po operacji – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.

Podpis Pacjenta

18. 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.
19. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – Opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji odstających małżowin usznych 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.

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/Pacjentki

.....

.....

.....

Podpis 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.

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 korekcji powiek, 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 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 Ryszarda Nawrockiego i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację odstających małżowin usznych, Ankieta anestezjologiczna, 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 Ankietą anestezjologiczną 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 zbiegu;
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 korekcji odstających małżowin usznych,**
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 dostępnie 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, nieznane 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 dokonanym 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 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 pooperacyjne po operacji odstających małżowin usznych

1. Operacja będzie trwała około 2 godzin. Po odpoczynku w sali pooperacyjnej będzie można pojechać do domu.

2. Po operacji będzie opatrunek naokoło głowy.

3. Nie opuszczaj głowy poniżej poziomu serca. Pozwoli to na zmniejszenie obrzęku. Śpij przez 3 noce na 3 poduszkach.

4. Zmień opatrunek 1-2 dni po zabiegu.

5. Unikaj jedzenia, które wymaga długiego żucia. Nie musisz stosować ograniczeń w diecie.

6. Unikaj długich rozmów telefonicznych przez co najmniej 10-14 dni.

7. Możesz myć swoją twarz nie dotykając opatrunku. Myj się pod prysznicem do chwili zdjęcia opatrunku.

8. Nie uśmiechaj się i unikaj ruchów mimicznych twarzy przez 1 tydzień.

9. Nie myj włosów przez 1 tydzień.

10. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.

11. Nie bądź zdziwiony gdy po usunięciu opatrunku uszy będą obrzęknięte lub zasinione. Zwykle ustępuje to po 2-3 tyg, chociaż u niektórych pacjentów obrzęk może trwać do 6 miesięcy.

12. Szwy znajdujące się z tyłu uszu są rozpuszczalne. Po tygodniu opatrunek będzie usunięty, a po 2 tygodniach będą usunięte wałeczki znajdujące się z przodu uszu. Opaskę na uszy stosuj każdej nocy przez 3 miesiące.

13. Nie zażywaj leków przeciwbólowych na pusty żołądek, bo może to spowodować wystąpienie wymiotów. Wzrost ciśnienia krwi może prowadzić do krwawienia.

14. Unikaj intensywnych ćwiczeń fizycznych przez co najmniej 4 tygodnie. Nie pływaj przez 1 miesiąc.

15. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk uszu.

16. Nie noś okularów oraz okularów przeciwsłonecznych przez co najmniej 4 tyg

Podpis Pacjenta i data Podpis Lekarza