

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG OPERACYJNY WYCIĘCIA GUZA TKANEK MIĘKKICH

INFORMACJA DLA PACJENTA

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W związku z rozpoznaniem guza powłok (skóry, tkanki podskórnej, mięśni) po przeprowadzonych badaniach zaproponowano leczenie operacyjne. Wynika to z faktu, iż ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero na podstawie badania histopatologicznego (mikroskopowego). Większość guzów lokalizujących się w powłokach ma łagodny charakter, jednak bez badania mikroskopowego ostatecznie ustalenie czy mamy do czynienia ze zmianą łagodną czy też złośliwą jest niemożliwe. Niewkluczone również, iż guz przyczynia się do istotnego ograniczenia w funkcjonowaniu organizmu i to zarówno pod względem fizycznym, ale także i emocjonalnym.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Guz zostanie wycięty w granicach zdrowych makroskopowo tkanek, a ciągłość powłok zostanie odtworzona przez ich zeszywanie. Rozległość samego wycięcia zależy od wielkości zmiany i jej stopnia penetracji do głębszych warstw powłok. Odtworzenie ciągłości powłok zależy od wielkości wycięcia. Może wymagać wielowarstwowego zeszywania poszczególnych warstw tkanek, czasem wystarczy pojedynczy szew skóry. Konieczny może się okazać przeszczep z okolicznych tkanek, a nawet odległych miejsc naszego ciała.

PROCEDURY ALTERNATYWNE:

Poza wycięciem guza w zasadzie nie istnieje inna możliwość leczenia. Możemy jedynie obserwować zmianę i w zależności od dalszego przebiegu choroby podejmować decyzje. Należy pamiętać, że opóźnienia w wycięciu zmiany mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Mogą uniemożliwić odpowiednie leczenie ze względu na brak rozpoznania histopatologicznego.

POWIKŁANIA W TRAKCIE ZABIEGU I PO LECZENIU OPERACYJNYM:

- uszkodzenie sąsiednich struktur anatomicznych. Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, zaburzonych stosunkach anatomicznych, po poprzednich operacjach, rozległych stanach zapalnych lub zrostach.
- silniejsze krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi
- zakażenie wirusem żółtaczk lub HIV
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia nerwów lub miękkich części ciała. Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (zator płuc)
- krwawienie pooperacyjne i krwawe wybroczyny
- zakażenia rany pooperacyjnej, przedłużone gojenie, a czasem powstawanie ropni lub przetok.
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywoływać martwicę tkanek
- owrzodzenie w miejscu szwu
- uszkodzenie nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

.....
.....

.....
Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z zabiegu istnieje ryzyko, że mamy do czynienia ze zmianą o złośliwym charakterze, która rozwijając się może stanowić zagrożenie dla zdrowia a nawet życia.

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY

.....
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
Oddział

.....
data

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń. Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowany/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych.

.....
data podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
data i czytelny podpis pacjenta