

Po zabiegu zaleca się oszczędzający tryb życia przez około miesiąc. Toaletę oraz pielęgnację ran pooperacyjnych. Zgłoszenie się na kontrolę do Poradni Chirurgii Dziecięcej (termin kontroli wyznaczany przy wypisie z Oddziału).

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Usunięcie zmian skórnych i/lub tkanki podskórnej oraz przekazanie ich do badania histopatologicznego

Przeciwwskazania

ostra infekcja ogólna, aktywne zakażenie skóry w miejscu planowanego zabiegu, niekontrolowane lub nieleczone zaburzenia krzepnięcia krwi, nieuregulowana cukrzyca, podejrzenie zmiany złośliwej bez wcześniejszej diagnostyki, ciężkie choroby ogólnoustrojowe uniemożliwiające wykonanie zabiegu

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z operacją.

Szycie rany u dziecka jest zazwyczaj bezpiecznym zabiegiem, ale jak każda procedura medyczna, może wiązać się z pewnymi powikłaniami. Oto najczęściej występujące komplikacje:

1) Powikłania infekcyjne- wymagające leczenia antybiotykami

- zakażenie rany – objawiające się zaczerwienieniem, obrzękiem, bólem, uciepleniem skóry wokół rany, ropnym wyciekami, gorączką
- ropowica – rozprzestrzenienie się zakażenia w tkankach miękkich

2) Powikłania związane z gojeniem rany

- rozejście się szwów- może wynikać z nadmiernego napięcia na brzegi rany lub urazu mechanicznego , czasami wynika z niedostatecznej wytrzymałości szwów lub infekcji
 - nadmierne bliznowacenie – bliznowiec lub blizny przerostowe
- Inne powikłania
- Krwawienia
 - uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny;
 - Uszkodzenia otaczających tkanek lub nerwów – w przypadku głębszych ran istnieje ryzyko uszkodzenia drobnych nerwów co może prowadzić do drętwienia i mrowienia w okolicy rany oraz trwałego osłabienia czucia w miejscu urazu
 - W niektórych przypadkach gojenie może prowadzić do powstania bolesnych zmian bliznowatych, co może utrudniać codzienne funkcjonowanie.
 - Jeśli zmiana znajduje się w okolicy stawów, może dojść do ograniczenia zakresu ruchu w wyniku nieprawidłowego gojenia się lub zbliznowacenia tkanek.
 - zakażenie wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczką zakaźną) lub HIV;
 - niektóre powikłania mogą powodować poważne zagrożenie dla zdrowia i życia, mogą wymagać dodatkowych badań i zabiegów, czasami ponownej operacji, a czasami mogą

doprowadzić do zgonu;

- w czasie operacji i w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić również niespotykane dotąd powikłania o nieznanym przebiegu i następstwach.

Prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków operacji jest niskie, zależy od lokalizacji i rodzaju zmiany

nietypowe możliwe powikłania to martwica brzegów rany, zakażenie ogólnoustrojowe (sepsa), przetoka skórna, reakcja nadwrażliwości na szwy, bliznowiec – prawdopodobieństwo wystąpienia jest niskie.

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

.....
.....
.....
.....

4. ROKOWANIA

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

Alternatywne metody leczenia

Jeśli pacjent nie kwalifikuje się do operacji lub znieczulenia ogólnego ze względu na ogólny stan zdrowia można w wyjątkowych sytuacjach leczyć w znieczuleniu miejscowym.

Zaletą usunięcia zmiany skórnej i/lub tkanki podskórnej w znieczuleniu miejscowym to brak potrzeby ogólnego znieczulenia (miejscowo jest mniej obciążające), szybszy czas rekonwalescencji, mniejsze ryzyko powikłań związanych z narkozą, w większości przypadków brak konieczności hospitalizacji.

Do wad zaliczamy możliwość niepełnego znieczulenia, potrzeba współpracy dziecka, ból w trakcie znieczulenia (przy podawaniu środka znieczulającego), stres dziecka.

Możliwe konsekwencje w przypadku rezygnacji z operacji

Jeżeli nie wyrazi Pani/Pan zgody na proponowaną operację rokowanie co do stanu zdrowia dziecka Pani/Pana w przyszłości są następujące:

brak możliwości wykonania badania histopatologicznego i jednoznacznego potwierdzenia charakteru zmiany, ryzyko dalszego powiększania się zmiany lub zmiany jej wyglądu, możliwość przeoczenia lub opóźnienia rozpoznania zmiany o charakterze nowotworowym oraz ewentualnie pogorszenie efektu estetycznego w przyszłości.

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA OPERACJI, WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEJ TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji.

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w

miarę możliwości tej samej specjalności.

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielone mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- spodziewanych efektach zabiegu,
- sposobie przygotowania do zabiegu
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych,
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- zaleceń i przeciwwskazań
- możliwych powikłań związanych z tym zabiegiem oraz ryzyko ich wystąpienia
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego.

Biorąc powyższe pod uwagę:

zgadzam się

na przeprowadzenie u mnie operacji

Usunięcia zmiany skórnej i/lub tkanki podskórnej oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzenia operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na proponowaną mi operację.

Zostałam poinformowana/poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

Data, pieczętka i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....
Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

.....
Data, podpis lekarza

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....