



UROFEM ESTETICA

**MEDYCYNĄ REKONSTRUKCYJNA
ESTETYCZNA I ANTI-AGING**

DR MED. PRZEMYSŁAW KĄDZIOŁKA

Tel. 601181099

**FORMULARZ ZGODY POINFORMOWANEJ NA ZABIEG OPERACYJNY Z ZAKRESU
GINEKOLOGII ESTETYCZNEJ, REKONSTRUKCYJNEJ, UROGINEKOLOGII,
GINEKOLOGII:**

ZGODA SZCZEGÓŁOWA

Ja, niżej podpisana, córka.....
ur. dnia zam.
tel. wyrażam niniejszym zgodę na wykonanie u mnie zabiegu

.....
.....
.....
osobiście przez doktora Przemysława Kądziołkę z zespołem, który uzna za odpowiedni do tego
w dniu i życzę sobie aby operacja była przeprowadzona w znieczuleniu miejscowym / innym

.....
Upoważniam zespół lekarzy, a także inne niezbędne, towarzyszące osoby do przeprowadzenia leczenia mojej
choroby rozpoznanej, jako

RYZIKO / POWIKŁANIA / NIEKORZYSTNE NASTĘPSTWA OPERACJI

Ginekologia estetyczna, ginekologia rekonstrukcyjna, uroginekologia nie jest tylko wiedzą jest także sztuką.
Nie ma gwarancji uzyskania pożądanego wyniku operacji, a przeciwnie istnieje ryzyko niepowodzenia lub nawet
pogorszenia. Istnieje również prawdopodobieństwo potrzeby wykonania dodatkowych zabiegów korekcyjnych
po pierwszym zabiegu.

1. Operacje labioplastyki, zwężające wejście pochwy, plastyczne krocza, operacje ginekologiczne rekonstrukcyjne czy uroginekologiczne nie przedstawiają zwykle ryzyka przekraczającego przeciętne. Ryzyko problemów, komplikacji, powikłań, niekorzystnych następstw a nawet niepowodzenia operacji lub konieczności poprawek istnieje zawsze i nie jest wykluczone. Musi być ono brane pod uwagę w dobrowolnym poddaniu się operacji nawet ze wskazań takich jak poprawa zdrowia.
2. Oświadczam, że poddam się płatnym zabiegom rewizyjnym, o ile będą konieczne.
3. Wiem, że po operacji będę musiała postępować zgodnie z zaleceniami lekarza, a proces dochodzenia do pełnej sprawności i odpowiedniego wyglądu operowanych miejsc jest wielotygodniowy, jakkolwiek efekt jest widoczny natychmiast.
4. Operacja nie będzie bolesna, natomiast podczas znieczulania i w przebiegu pooperacyjnym bóle bywają, nie wolno jednak używać ani przed ani po operacji żadnych środków zawierających kwas acetylosalicylowy lub innych wpływających na krzepliwość krwi, itp. Mogą wystąpić po operacji przejściowe zaburzenia czucia, parastezje, emocjonalne, depresje.

Rodzaje problemów, niekorzystnych następstw i powikłań, jakie mogą się zdarzyć po operacji:

OGÓLNE:

- bóle i obrzęki pooperacyjne
- złe samopoczucie, ogólne osłabienie (przejściowe)
- krwawienie, krwotok wymagający dodatkowej interwencji chirurgicznej, krwiak i zasinienie podskórne
- procesy zapalne, ropne, zakażenie wczesne lub późne, czasami zmuszające do drenażu
- nieprawidłowe gojenie ran, przedłużające się gojenie, blizny szerokie i płaskie, nieregularne
- patologiczne bliznowacenie lub zgrubienia tkanki podskórnej
- zaburzenia czucia, niedoczulica, pieczenie
- reakcja na leki (wysypka, nudności, wymioty)
- depresja okołoperacyjna

SPECYFICZNE DLA OPERACJI:

- krwiak – pomimo prawidłowych wyników badań układu krzepnięcia możliwe jest wystąpienie nadmiernego krwawienia w trakcie lub po operacji prowadzącego do powstania krwiaka
- infekcja – wszystkie operacje z naruszeniem ciągłości powłok obarczone są możliwością rozwoju zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi (w tym także gronkowcem pomimo postępowania aseptycznego i należytej staranności)
- obrzęk i zasinienie – ustępuje zwykle po kilku tygodniach od operacji i występuje zawsze
- konieczność pozostawienia cewnika w pęcherzu moczowym do czasu ustąpienia obrzęku cewki moczowej rzadko po taśmach podcewkowych, plastykach pochwy, cystoskopii z Botoxem
- bolesność przy wypróżnianiu, oddawaniu moczu, współżyciu - zwykle przemijająca
- konieczność korekty położenia lub usunięcia implantu w przypadku niespełnienia jego funkcji, infekcji lub przemieszczenia
- bole łopatek, odma podskórna po laparoskopkach
- oparzenia przy stosowaniu diatermii elektrycznej
- zakażenia układu moczowego, uszkodzenia pęcherza moczowego i/lub moczowodu, przetoki dróg moczowych przy operacjach uroinekologicznych
- śródoperacyjne uszkodzenia jelit, przetoki jelitowej lub konieczności wyłonienia sztucznego odbytu przy operacjach laparoskopowych
- potrzeba dodatkowych zabiegów operacyjnych (korekcja blizn, wtórne zabiegi korekcyjne). Brak zadowolenia z efektu kosmetycznego operacji – medycyna nie jest nauką ścisłą, w związku z czym niezależnie od staranności, biegłości i doświadczenia operatora nie jest możliwe zagwarantowanie osiągnięcia ściśle zaplanowanego wyniku operacji (w szczególności dotyczy to asymetrii i zmiany kształtu brzegów ran, warg, ścian pochwy i blizn oraz szerokości wejścia do pochwy).

Wyrażam zgodę na operację.....
.....

Z powikłaniami, możliwymi problemami lub niekorzystnymi skutkami operacji zapoznałam się szczegółowo. Powyższy tekst zrozumiałam i potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pacjentki, data

Podpis lekarza, data

Podpis drukowany

Podpis ew. świadka

ZGODA OBJAŚNIONA OGÓLNA

To swoista umowa między lekarzem i pacjentem umożliwiająca nie tylko wykonanie zabiegu, ale i świadcząca, że pacjent jest w pełni świadomy całej procedury, jak i wziętych na siebie obowiązków. Bez wzajemnej współpracy i zrozumienia nie można liczyć na satysfakcję pacjenta po wykonanym zabiegu operacyjnym.

Oświadczam, że jestem w wyczerpujący, niebudzący moich wątpliwości sposób poinformowana o zabiegu ze względów zdrowotnych. W trakcie rozmów zadałam wszystkie interesujące mnie pytania dotyczące rodzaju zabiegu operacyjnego, jego zalet i wad, możliwych powikłań oraz przebiegu pooperacyjnego, a także innych możliwych metod, a także efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli przebieg pooperacyjny będzie bez zakłóceń. Wszystkie informacje, jakie uzyskałam zrozumiałam. Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam i nie mam więcej pytań. Zostałam poinformowana, że procedura chirurgiczna jaka ma być dokonana na mojej osobie odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. Wiem, że ginekologia estetyczna, ginekologia rekonstrukcyjna, uroginekologia, nie są naukami ścisłymi, są również sztuką, stąd mam świadomość istniejącego ryzyka, jak i tego, że wynik operacji nie może być w pełni przewidywalny ani też gwarantowany. Jestem poinformowana o możliwości wystąpienia typowych jak i nietypowych komplikacji. Wiem, że nikt nie jest w stanie mi zagwarantować, że powikłania, czy nawet pogorszenie stanu zdrowia nie nastąpi. Operacja ma na celu poprawę a nie osiągnięcie idealnego efektu. Mam świadomość, że ostateczny wynik operacji kształtuje się po kilku miesiącach i wiem, że mimo najlepszych umiejętności i dochowania szczególnej staranności chirurgicznej może zająć konieczność zabiegu lub zabiegów uzupełniających i doskonalących wynik, które będą wykonane na zasadach, w miejscu i o czasie wybranym przez operatora. Niniejszym godzę się na to świadomie. Mogą powstać również widoczne, trwałe przebarwienia lub odbarwienia w okolicach operowanych lub w sąsiedztwie. Zostałam poinformowana o przebiegu gojenia blizn i zmianach ich wyglądu, jaki następuje wraz z upływem czasu, a także wpływu na nie innych czynników (np. palenia papierosów, słońca, itp.) Zdaję sobie również sprawę, iż wbrew najlepszym chęciom, wiedzy oraz biegłości operatora powstaną trwałe blizny – widoczne do końca życia.

Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg operacji i jej wynik.

Wyrażam / nie wyrażam zgody na przetoczenie preparatów krwipochodnych, o ile byłaby taka konieczność i przedstawiam odpowiednie zaświadczenie o wartości prawnej.

Zgadzam się na przetransportowanie mnie do innego ośrodka, jeśli wyniknie taka potrzeba. W przypadku osoby nieubezpieczonej koszt transportu i leczenia w innym ośrodku leży po stronie pacjenta.

Moja zgoda jest dobrowolna i nie wywierano na mnie żadnego nacisku ani nie namawiano do zabiegu. Moja motywacja do zabiegu jest świadoma. Zgody udzielam w pełni świadoma, nie będąc pod wpływem leków ani innych środków. Miałam możliwość zapoznania się z formularzami i zrozumiałam ich treść, które nie jest dla mnie zbyt trudna i jest podana przystępnie.

Wyrażam / nie wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów np.: dokumentacyjnych i naukowych, a także na ich publikację w literaturze fachowej pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

Poinformowano mnie, że wynik leczenia zależy w znacznej mierze od przestrzegania zaleceń pooperacyjnych. Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne doktora Przemysława Kądziołki i systematycznie zgłaszać się na wizyty kontrolne i opatrunki w miejscach i czasie przez niego wskazanych. Oświadczam, że w okresie pooperacyjnym nie będę bez zgody operatora poddawać się żadnym zabiegom fizjoterapeutycznym, ani bez jego wiedzy stosować w miejscach operowanych żadnych maści, kremów, zawieszin, żeli i płynów. Oświadczam, że po zabiegu nie wyjadę na wczasy/wypoczynek za granicą i w Polsce bez konsultacji z operatorem w okresie 2 tygodni.

Oświadczam, że wykonałam zalecone przez specjalistę badania laboratoryjne i inne badania dodatkowe: TAK / NIE.

Na konsultacji dnia uzyskałam pisemne/ustne informacje jak przygotować się do operacji, jakich leków nie używać i czego mi nie wolno robić.

Nie jestem alergikiem, nie przeszłam zawału serca, udaru mózgu, nie mam nadciśnienia, cukrzycy, choroby wieńcowej, chorób tarczycy, chorób naczyń, tkanki łącznej, nowotworu, padaczki, niedokrwistości i nie leczę się psychiatrycznie. Leczę się z powodu

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest dobry, nie przyjmuję żadnych leków / przyjmuję:

Niniejszym wyrażam zgodę na odpowiedni sposób znieczulenia, będąc poinformowana o następstwach, skutkach, powikłania tego znieczulenia. Wyrażam zgodę na znieczulenie miejscowe wykonane przez doktora Przemysława Kądziołkę. Zgadzam się wypełnić dodatkowy formularz anestezyjologiczny.

Zgody udzielam w pełni świadome, nie będąc pod wpływem leków ani innych środków. Powyższy tekst zrozumiałam i potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis pacjentki, data

Podpis lekarza, data

Podpis drukowany

Podpis ew. świadka