

BIOPSJA WĘZŁÓW WARTOWNICZYCH (WW)

Szanowna Pani,

Została Pani zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. W związku z czym powinna Pani wyrazić świadomą zgodę na przeprowadzenie tej operacji, dlatego prosimy o dokładne zapoznanie się z przedstawionymi poniżej informacjami. Pozwoli to Pani na zapoznanie się ze specyfiką operacji oraz ewentualnymi jej następstwami. Przed podpisaniem zgody na operację bardzo prosimy o zadawanie pytań chirurgowi, który jest Pani lekarzem prowadzącym. Zastosowane leczenie operacyjne stanowi z reguły część Pani leczenia onkologicznego, dlatego tak niezbędne jest wypracowanie optymalnych warunków naszej współpracy.

Informacja o zakresie operacji

Zakres operacji będzie dotyczył węzłów chłonnych dołu pachowego.

Węzły chłonne dołu pachowego:

1. Ocena węzłów chłonnych regionalnego spływu odbywa się poprzez wykonanie chirurgicznej identyfikacji tzw. węzła/węzłów wartowniczych. Procedura poszukiwania węzła wartowniczego wymaga wykonania badania limfoscyntygrafii w okresie przedoperacyjnym (zwykle 1 dzień przed operacją), oraz dodatkowo w dniu zabiegu, podania barwnika w okolicę brodawki sutkowej lub guza piersi/blizny po wycięciu nowotworu.
2. Wykonanie limfoscyntygrafii (podanie znacznika izotopowego) jak i podanie barwnika, może spowodować powstanie reakcji uczuleniowych (zaczerwienienie, wysypka, obrzęk). Ponadto podanie barwnika może spowodować powstanie w obrębie operowanej piersi trwałego, niebieskiego tatuażu. W okresie pooperacyjnym należy spodziewać się zmiany zabarwienia moczu na kolor zielonkawy.
3. Zaproponowana technika biopsji węzłów chłonnych tzn. Identyfikacja węzła chłonnego wartowniczego jest skuteczna w ponad 95% biopsji, jednak w przypadku niezidentyfikowania węzła wartowniczego chirurg usuwa większość węzłów chłonnych dołu pachowego.

Każdorazowo przed zabiegiem dokonujemy oznaczenia na skórze strony, która zostanie zoperowana.

Informacja o ewentualnych powikłaniach związanych z operacją i możliwych konsekwencjach zdrowotnych

Każdy zabieg (nawet przy zachowaniu najwyższej staranności operacyjnej), niesie ze sobą ryzyko wystąpienia komplikacji, które mogą wymagać ponownej interwencji chirurgicznej lub przedłużonej opieki ambulatoryjnej. Do najczęściej występujących komplikacji zalicza się:

1. Krwawienie (wystąpienie krwiaka w loży po operacji).
2. Stan zapalny (ropień), ropienie rany lub inne powikłania utrudniające gojenie rany (np. martwica brzegów rany).
3. Długotrwałe gromadzenie się chłonki, wymagające okresowych „punkcji”.

W późniejszym okresie mogą wystąpić następujące zmiany pooperacyjne pod postacią:

1. Deformacji i asymetrii piersi i okolicy dołu pachowego.
2. Obrzęków w rejonie operacji (piersi i kończyny) wraz z częściowym i/lub okresowym zaburzeniem ich funkcji.
3. Zaburzenia czucia i/lub utrzymujących się bólów pooperacyjnych.
4. Powstających pooperacyjnych blizn, które nie tylko mogą nie spełniać oczekiwanych przez Panią efektów kosmetycznych lecz także utrudniać badanie pooperacyjne (kliniczne, mammografię, itd.) i/lub wpływać na ich interpretację.

Informacja o obowiązującym postępowaniu pooperacyjnym

Przyjmuję do wiadomości konieczność przestrzegania zaleceń pooperacyjnych, określonych przez chirurga zasad postępowania z miejscem operowanym oraz zastosowanie się do obowiązku przestrzegania wizyt kontrolnych. Jestem świadoma, że niezastosowanie się do zaleceń zwalnia Zespół Operujący z odpowiedzialności za powikłania wynikające z moich zaniedbań.

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana

ur. _____

PESEL: _____

wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu operacyjnego polegającego na:

Miałam możliwość swobodnego zadawania pytań związanych z operacją i zrozumiałam na czym ona polega. Zrozumiałam wyjaśnienia i zostałam poinformowana o:

zakresie planowanej operacji,

możliwych powikłaniach związanych z tym typem operacji i możliwych konsekwencjach dla mojego zdrowia,

obowiązującym postępowaniu pooperacyjnym,

Oświadczam, że zrozumiałam treść powyższej informacji, jestem świadoma możliwości i zakresu wystąpienia powikłań związanych z planowaną operacją i akceptuję je.

Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych mojego przypadku dla celów dokumentacyjnych i/lub naukowych, pod warunkiem spełnienia przez nie wymogu nierozpoznawalności mojej osoby.

Data:

Podpis pacjentki

Pieczęć i podpis lekarza

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, 2281 z 2016 r. poz. 195, 677) w celach marketingowych jak również związanych z wykonywanymi przez Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki w Warszawie usługami, w tym na wprowadzenie moich danych do bazy danych, której administratorem jest Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-983 Warszawa.

e-mail:

Podpis: