

**POBRANIE TKANKI TŁUSZCZOWEJ METODĄ ODSYSANIA ORAZ
PRZESZCZEPIENIE KOMÓREK TŁUSZCZOWYCH I DODATKOWO PRZESZCZEPIENIE
WYZOŁOWANYCH Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ WŁASNYCH KOMÓREK
MACIERZYSTYCH**

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

Chirurgia plastyczna jest nie tylko wiedzą, jest także sztuką. Nie ma gwarancji uzyskania pożądanego wyniku operacji a przeciwnie – istnieje ryzyko niepowodzenia lub nawet pogorszenia wyglądu. Istnieje również prawdopodobieństwo potrzeby wykonania zabiegów korygujących.

Operacja pobrania tkanki tłuszczowej i wstrzyknięcia jej w inną okolicę ciała zwykle nie przedstawia 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 przy dobrowolnym poddaniu się operacji ze wskazań innych niż poprawa stanu zdrowia, np. ze wskazań estetycznych. Ilość przeszczepianego tłuszczu nie jest dowolna („na życzenie”), nie może być zbyt duża i niemal zawsze istnieje konieczność wielokrotnego powtarzania takiego zabiegu dla uzyskania widocznego efektu.

A. Przeszczepianie komórek macierzystych może mieć zastosowanie w następujących sytuacjach:

1. Zwiększenie przeżywalności tkanki tłuszczowej.
2. Rewitalizacja skóry i tkanki podskórnej.
3. Przyspieszenie leczenia trudno gojących się ran w tym owrzodzeń troficznych, popromiennych i podobnych.
4. Przyspieszenie gojenia się złamań kostnych.
5. Regeneracja powierzchni stawowych.

B. Przeciwwskazaniem do zabiegu są:

1. Nieuregulowana cukrzyca.
2. Nieuregulowane nadciśnienie tętnicze.
3. Zaburzenia krzepnięcia krwi.
4. Choroby serca.
5. Niewydolność wątroby i nerek.

6. Anemia.
7. Cięża i karmienie piersią.
8. Uogólniona infekcja.

C. Technika zabiegu

1. Pobieranie tkanki tłuszczowej

W znieczuleniu miejscowym lub dożylnym pobierana będzie tkanka tłuszczowa w łącznej objętości 100-400 ml klasyczną metodą opracowaną przez Colemana. Przed odessaniem tłuszczu w okolicę planowanego pobrania wstrzykiwany będzie jałowy roztwór soli fizjologicznej z dodatkiem 0,1% epinefryny. Pobranie dokonywane będzie poprzez aspirację tłuszczu do strzykawki. Pobrany tłuszcz będzie przygotowywany do wstrzyknięcia w okolicę ubytku tkanki piersi.

2. Wypełnianie ubytku piersi tkanką tłuszczową

Wstrzyknięcie tłuszczu dokonane będzie strzykawką po wprowadzeniu kaniuli iniekcyjnej w okolicę ubytku tkanek piersi przyległą do mięśnia piersiowego większego, bądź wstrzyknięcie tkanki tłuszczowej w okolicę blizny pooperacyjnej po mastektomii i obszarze radioterapii, bądź wstrzyknięcie tkanki tłuszczowej w okolice płata lub implantu celem modelowania zrekonstruowanej piersi. Łączna ilość podanego tłuszczu uzależniona będzie od warunków anatomicznych pacjentki i wielkości ubytku tkanki piersi wynikającego z uprzednio zastosowanego leczenia (chirurgia + radioterapia).

3. Izolowanie komórek tkanki tłuszczowej

Ze 100 – 200 ml zaaspirowanej tkanki tłuszczowej przez wirowanie, mechaniczne odseparowanie, oczyszczenie i izolację, otrzymujemy zawiesinę komórek macierzystych. Uzyskiwane komórki macierzyste są dodawane do wszczepianej tkanki tłuszczowej.

D. Możliwe zdarzenia niepożądane lub powikłania:

- 1) Bóle pooperacyjne ograniczające aktywność.
- 2) Nadmierne krwawienie (może wymagać ponownej interwencji chirurgicznej).
- 3) Krwiaki podskórne.
- 4) Stany zapalne i zakażenie, ropienie.
- 5) Zaburzenia czucia skóry.
- 6) Wtórne zniekształcenia i nierówności, zgrubienia i stwardnienia skóry i tkanki podskórnej w miejscu pobrania tłuszczu i/lub w miejscu wszczepienia.
- 7) Przebarwienia i blizny przerostowe w miejscu wprowadzania kaniul.
- 8) Martwica tkanki tłuszczowej.
- 9) Brak akceptacji wyniku estetycznego operacji zarówno w miejscu pobrania, jak i podania tkanki tłuszczowej.
- 10) Konieczność wykonania serii masaży miejsca pobrania.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w przypadku pobierania i przeszczepiania tkanek autogenicznych wymagane jest dostarczenie wyników badań dawcy na obecność HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C zgodnie z §2 punkt 5.

Z możliwymi zdarzeniami niepożądanymi i powikłaniami zapoznałam się szczegółowo, miałam możliwość zadawania pytań i uzyskałam zadowalające odpowiedzi. Moja zgoda jest świadoma i dobrowolna. Rozumiem, że zabieg jest planowany i mogę dobrowolnie odstąpić od zabiegu. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyko związane z zabiegiem. Zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarza prowadzącego w okresie pooperacyjnym.

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

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,
- wyrażam zgodę na oznaczenie przeciwciał a-HIV,
- odbyłam konsultację u psychologa.

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

Pieczętka i podpis lekarza

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: