

RADYKALNA AMPUTACJA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO (MRM)

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:

- a. gruczołu piersiowego oraz
 - b. węzłów chłonnych dołu pachowego.
- A. Gruczoł piersiowy:
1. Zostanie usunięty cały zmieniony chorobowo gruczoł piersiowy wraz z powięzią okrywającą mięsień piersiowy większy
 2. W szczególnym przypadku (naciek zmiany nowotworowej) operacja może być rozszerzona o wycięcie mięśnia piersiowego mniejszego lub mięśnia piersiowego większego.
- B. Węzły chłonne dołu pachowego:
W przypadku tej operacji zostają usunięte węzły chłonne w obrębie całego dołu pachowego (tzw. piętra I – III).

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 pooperacyjnej).
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,
- możliwościach operacji rekonstrukcyjnych piersi,
- operacja amputacji piersi jest operacją mojego wyboru*.

*dotyczy to PacjenteK, które zdecydowały o amputacji, chociaż Zespół Operujący proponował operację oszczędzającą.

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

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH - NEWSLETTER:

Chcę zapisać się na newsletter, a co za tym idzie, wyrażam zgodę na sporadyczne przesyłanie na mój adres e-mail informacji o nowościach, promocjach i wydarzeniach pochodzących od Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa. Wiem, że w każdej chwili będę mogła wycofać zgodę.

e-mail:

Podpis:

Chcemy działać zgodnie z prawem, dlatego przekazujemy Pani komplet informacji związanych z ochroną Pani danych osobowych:

- administrator danych osobowych: Gabinet Chirurgii Plastycznej Tadeusz Witwicki, ul. Nasturcjowa 6, 03-989 Warszawa, e-mail: gabinet@drwitwicki.pl,
- cel przetwarzania danych: wysyłka newslettera,
- odbiorca danych: Freshmail – dostawca systemu Freshmail, w którym przetwarzane są dane,
- podstawa prawna przetwarzania danych: art. 6 ust. 1 lit. a RODO,
- dane będą przetwarzane przez czas funkcjonowania newslettera, chyba że wcześniej zrezygnuje Pani z jego otrzymywania, co spowoduje usunięcie danych,
- ma Pani prawo do: żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w celu wysyłki newslettera, wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne, by otrzymywać newsletter.