

## **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 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: .....