Witwicki
CHIRURGIA PLASTYCZNA

dr n. med. Tadeusz Witwicki
mail: gabinet@drwitwicki.pl
tel.: 728-840-465
www.drwitwicki.pl

AMPUTACJA PODSKÓRNA PIERSI, ZAŁOŻENIE IMPLANTU I/LUB ADM (Acellular Dermal Matrix)

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. Zostosowane 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:

1. gruczołu piersiowego – zostanie usunięty cały zmieniony chorobowo gruczoł piersiowy wraz z powięzią okrywającą mięsień piersiowy większy. Pozostanie skóra z/bez brodawki sutkowej. Następnie zostanie wytworzona tzw. „kieszeń", czyli przestrzeń położona pod mięśniem piersiowym większym a żebrami. W tak przygotowane miejsce zakładany jest ekspander lub implant. Po operacji ekspander jest kilkakrotnie rozprężany (podawana jest sól fizjologiczna do „komory" ekspandera). Ten okres trwa kilka miesięcy. Po takim przygotowaniu tkanek klatki piersiowej następuje etap drugi, czyli wymiana ekspandera na protezę ostateczną. W niektórych sytuacjach, po zaakceptowaniu wielkości i kształtu rekonstruowanej piersi, będzie wymagany etap trzeci czyli operacyjna symetryzacja drugiej piersi. W niektórych przypadkach rekonstrukcję można wykonać poprzez włożenie implantu w lożę pod mięśniem piersiowym większym i uzupełnienie ciągłości mięśnia ADM (Acellular Dermal Matrix). Zmniejsza to dolegliwości bólowe, jak i zabezpiecza przed powstaniem przykurczu torebki łączno-tkankowej wytwarzającej się wokół implantu.

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

Informacja o ewentualnych powikłaniach związanych z operacją i możliwych konsekwencjach zdrowotnych

Operacja rekonstrukcyjna piersi, z pewnością, niesie ze sobą dużą dozę emocji i oczekiwań. Tym bardziej należy podkreślić, że chirurgia rekonstrukcyjna jest nie tylko wiedzą, ale i sztuką. Zadaniem tej operacji jest jak najbardziej doskonałe odtworzenie sytuacji sprzed leczenia onkologicznego, a nie wykonanie operacji kosmetycznej, spełniającej wyobrażenia o idealnej strukturze i wyglądzie sylwetki. Nie jesteśmy w stanie dać pełnej gwarancji uzyskania pożądanego wyniku operacji, a przeciwnie – istnieje ryzyko niepowodzenia. Niejednokrotnie w przypadku operacji rekonstrukcyjnych należy się liczyć z kolejnymi, korekcyjnymi operacjami. Dotyczy to nie tylko piersi rekonstruowanej, ale i przeciwnej, na przykład dla skorygowania asymetrii.

Należy podkreślić, że wielkość odtwarzanej piersi nie jest dowolna („na życzenie"), ale zależy od wielu czynników, w tym od warunków anatomicznych (wzrostu, szerokości klatki

piersiowej, rozwinięcia mięśni itd.), nie jest możliwe odtworzenie opadania piersi. Szczególne ryzyko powikłań istnieje, jeśli po mastektomii przeprowadzane było napromienianie piersi. 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. Bóle pooperacyjne (ograniczające aktywność).
2. Krwawienie wymagające reoperacji lub wystąpienie krwiaka w loży pooperacyjnej. Utrzymujące się długie wytwarzanie wysięku przyrannego.
3. Stan zapalny (ropień), ropienie rany lub inne powikłania utrudniające gojenie rany (np. martwica brzegów rany).
4. Martwicę brodawki sutkowej, przebarwienie skóry po radioterapii, obrzęki piersi.
5. Depresję pooperacyjną.
6. Wycieki i przetoki spod implantu, przedłużające się gojenie i/lub rozejście się rany – czasami zmuszające do usunięcia protezy.

W późniejszym okresie mogą wystąpić następujące zmiany pooperacyjne pod postacią:

1. Deformacji i asymetrii piersi (np. wyczuwalne kontury protezy pod piersią, obkurczanie się torebki łącznotkankowej wokół protezy, przesunięcie się protezy).
2. Zbyt wysokiego lub niskiego fałdu podsutkowego (ewentualnie jego brak)
3. Powstania blizn pooperacyjnych, które mogą nie spełniać oczekiwanych przez Panią efektów kosmetycznych.
4. Zaburzenia czucia i/lub utrzymujących się bólów pooperacyjnych.
5. Pęknięcie protezy lub wyciek płynu, wymagające wszczepienia nowego implantu.

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,

dr n. med. Tadeusz Witwicki
mail: gabinet@drwitwicki.pl
tel.: 728-840-465
www.drwitwicki.pl

☐ obowiązującym postępowaniu pooperacyjnym,

☐ 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	Pieczątka 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.