



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUWANIA ZMIAN/GUZKÓW SKÓRY I/LUB TKANKI
PODSKÓRNEJ**

Strona 1z3

Wydanie 1
X. 2012r

Dane chorego

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL/Data ur.....

Nr. historii choroby

Szanowna Pani/ Szanowny Panie!

W wyniku badania fizykalnego i badań dodatkowych stwierdzono u Pani/ Pana zmiany/ guzki skóry i/lub tkanki podskórnej, wymagających ich usunięcia . Przed planowanym zabiegiem operacyjnym lekarz prowadzący będzie rozmawiać z Panią/ Panem na temat przebiegu operacji, przygotowania do niej, możliwych powikłań, rokowania i postępowaniu po zabiegu.

Poniższe informacje pomogą przygotować się Pani/ Panu do tej rozmowy i podjąć decyzje co do dalszego leczenia.

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta do leczenia operacyjnego

Chirurgicznie leczone są zmiany/ guzy skóry i tkanki podskórnej o charakterze łagodnym i złośliwym. Do najczęściej usuwanych zmian należą:

1. **Tłuszczak** - łagodna zmiana tkanki podskórnej.
2. **Kaszak** – torbiel zastoinowa gruczołu łojowego.
3. **Znamiona barwnikowe (pieprzyki)** – zmiany łagodne powstające z komórek barwnikowych skóry.
4. **Rak skóry** – nowotwór złośliwy, który rozwija się z komórek naskórka.
5. **Czerniak skóry** – nowotwór złośliwy, który rozwija się z komórek barwnikowych skóry (melanocytów). Często powstaje na podłożu zmian łagodnych np. znamion.

Zmiany skórne wycina się z powodów estetycznych i/ lub diagnostycznych.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji

Wycięcie zmian skórnych i tkanki podskórnej wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym i zależy to od umiejscowienia, wielkości, ilości zmian i wieku pacjenta.

Chirurg wykonuje cięcie wokół guzka/zmiany skórnej lub nad guzkiem/zmianą podskórną i wycina zmianę. Po czym zszywa ranę. Czasem konieczne jest pozostawienie w ranie drenu/ sączka. Na ranę zakłada się opatrunek.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Zmiany skórne można usuwać także metodą laserową lub kriochirurgiczną.

Zabiegi przy pomocy lasera CO₂ pozwalają na usunięciu zmian skórnych z pozostawieniem prawie niewidocznej blizny.

Kriochirurgia jest skuteczną, bezkrwawą i bezpieczną metodą leczniczą. Polega na miejscowym, kontrolowanym niszczeniu chorej tkanki przez jej zamrażanie.

Opis najczęstszych powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną / operacją

Najczęstszymi powikłaniami są:

- krwiak w miejscu operacji- zdarza się rzadko , ale niekiedy wymaga ponownej interwencji chirurgicznej – otwarcia i drenażu rany.
- Zakażenie rany - wymaga zastosowania antybiotyków, a niekiedy ponownej interwencji chirurgicznej.
- Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUWANIA ZMIAN/GUZKÓW SKÓRY I/LUB TKANKI
PODSKÓRNEJ**

Strona 2z3

Wydanie1
X. 2012r

Ryzyko powikłań infekcyjnych dla tego typu zabiegów w tutejszym oddziale nie przekracza 1%.

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Zazwyczaj usunięcie zmian skórnych ma na celu diagnozowanie zmiany i/ lub efekt estetyczny. Prognoza pooperacyjna jest zależna od rodzaju zmiany.

Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej

Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza.

.....
.....
.....
.....

O czym powinien wiedzieć lekarz

Na ryzyko operacji mają wpływ stan ogólny chorego oraz choroby współistniejące oraz choroby przebyte. Aby w porę można było rozpoznać zagrożenia prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

◆ Czy wiadomo, że istnieją u Pani/ Pana zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) lub inne choroby tj. Choroby serca, naczyń, wątroby, tarczycy, układu nerwowego?	Tak/ nie
◆ Czy są u pacjenta współistniejące choroby zakaźne np. zapalenie wątroby, AIDS, nosicielstwo bakteryjne (gardło, nos, przewód pokarmowy)?	Tak/ nie
◆ Czy stwierdzone zostały u pacjenta uczulenia lub nadwrażliwość na leki, plastry, lateks, rośliny, środki spożywcze, zwierzęta?	Tak/ nie
◆ Czy występowały kiedykolwiek napady drgawek?	Tak/ nie
◆ Czy przy u Pani/ Pana wcześniejszych operacjach lub skaleczeniach (np. leczenie zęba) doszło do wzmożonego krwawienia?	Tak/ nie
◆ Czy wcześniej, w przypadku powstania ran, dochodziło do ropienia, opóźnionego gojenia, ropni, przetok, zgrubienia blizny po zagojeniu?	Tak/ nie
◆ Czy przyjmowane są leki tj. nasercowe, przeciwbólowe, hormony, hamujące krzepliwość krwi (np. Sintrom, Synkumar, Aspiryna, Acard)?	Tak/ nie
◆ Czy obserwowano u Pani/ Pana zakrzepy żyłne lub zatorowość płucną?	Tak/ nie
◆ Kobiety w wieku rozrodczym : Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?	Tak/ nie

Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej

(Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

.....
.....
.....
.....
.....



**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
ZGODA NA ZABIEG
USUWANIA ZMIAN/GUZKÓW SKÓRY I/LUB TKANKI
PODSKÓRNEJ**

Strona 3z3

Wydanie1
X. 2012r

Formularz zgody pacjenta na zabieg operacyjny.

Lekarz

Przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanej operacji

.....

.....

(rodzaj operacji)

Zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji oraz zostałem/ am poinformowany o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego.

Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam więcej pytań i po wystarczającym czasie do namysłu **wyrażam zgodę na planowaną operację.** Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed operacją okoliczności. Moja **zgoda dotyczy** także ewentualnego koniecznego **przetaczania krwi.**

Wiem także, że w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego dla personelu medycznego istnieje możliwość ekspozycji na moją krew lub inny płyn z mojego ciała (wydaliny, wydzieliny). Dlatego w razie zaistnienia takiej sytuacji wtedy, gdy będę znajdował/a się pod wpływem narkozy lub innych środków uspokajających/ nasennych lub narkotycznych leków przeciwbólowych **wyrażam także zgodę na pobranie mojej krwi w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C,** które są niezbędne w postępowaniu poekspozycyjnym dla personelu medycznego.

.....

(data, godzina i czytelny podpis pacjenta)

.....

(data, podpis i pieczęć lekarza odbierającego formularz zgody)