

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

ADRES:

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU USUNIĘCIA ZMIAN SKÓRNYCH

Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

W wyniku badania fizykalnego i badań dodatkowych stwierdzono u Pani/ Pana zmiany/ guzki skóry i/lub tkanki podskórnej, wymagających ich usunięcia. 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. Włókniak – łagodna zmiana skórna
4. Brodawka – łagodna zmiana skórna
5. Znamiona barwnikowe (pieprzyki) – zmiany łagodne powstające z komórek barwnikowych skóry.
6. Rak skóry – nowotwór złośliwy, który rozwija się z komórek naskórka.
7. Czerniak skóry – nowotwór złośliwy, który rozwija się z komórek barwnikowych skóry (melanocytów). Często powstaje na podłożu zmian łagodnych np. znamion.
8. Bliznowce - przerosłe blizny po zabiegach operacyjnych lub urazach

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

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej / operacji

USUNIĘCIE CHIRURGICZNE

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

Znieczulenie miejscowe, nasiękowe wykonuje się z użyciem samego roztworu Lignokainy (1 % lub 2 %) lub roztworu Kleina (500ml NaCl + 1 fiołka 2% Lignokainy (20ml) + 10ml wodorowęglanu sodowego + 1mg Adrenaliny). Nakłuwa się okolicę operowaną podając pod skórę lub wokół usuwanej zmiany ww. roztwory.

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.

INNE DOSTĘPNE METODY

Zmiany skórne można usuwać także metodą laserową, kriochirurgiczną lub diatermią

1. Zabiegi przy pomocy lasera CO2, czy diodowego pozwalają na usunięciu zmian skórnych z pozostawieniem prawie niewidocznej blizny – bezdotykowo.
2. Kriochirurgia jest skuteczną, bezkrwawą i bezpieczną metodą leczniczą. Polega na miejscowym, kontrolowanym niszczeniu chorej tkanki przez jej zamrażanie.
3. Diatermia chirurgiczna jest skuteczną bezszwową metodą usuwania zmian za pomocą plazmy elektrycznej.

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 – np.: ropień, ropowica

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

Ryzyko powikłań infekcyjnych dla tego typu zabiegów w tutejszym gabinecie 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.

Oświadczenie pacjenta

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

(miejsca na pytania pacjenta do lekarza odnośnie zabiegu)

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

Oświadczam, że dr #Imiona_i_nazwisko przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanym zabiegu (wewnątrzżylne zamykanie żyły laserem). 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 wiece 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 uspakajających/ 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.

Imię i nazwisko Pacjenta: **PESEL:**.....

Data:..... Podpis:

