

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU
CHIRURGICZNEGO**

1. W związku z chęcią poddania się zabiegowi z zakresu chirurgii ogólnej - chirurgicznego usunięcia zmiany w okolicy, ja, posiadający/a numer PESEL oświadczam, że zostałam poinformowany/a, iż:

- a) chirurgiczne usunięcie zmiany polega na usunięciu zmiany razem z niewielkim marginesem zdrowej tkanki;
- b) zabieg chirurgicznego usunięcia wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym, po podaniu leku znieczulającego, lekarz w zaznaczonych miejscach dokona cięcia chirurgicznego w obrębie wybranego fragmentu skóry. Po usunięciu zmiany na wytworzoną ranę zostanie nałożony szew niewchłaniaalny;
- c) usunięta zmiana zostanie wysłana do badania histopatologicznego;
- d) chirurgiczne usunięcie zmiany, jest zabiegiem z zakresu chirurgii ogólnej, co oznacza, że jest wykonywany ze wskazań medycznych;
- e) chirurgiczne usunięcie zmiany - jest wykonywane w znieczuleniu miejscowym;
- f) cały zabieg trwa około 20 minut;
- g) po zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany konieczne jest ściąganie szwów;
- h) zabieg będzie wykonywał lekarz, specjalista chirurgii ogólnej.

Przez 7 dni po zabiegu pacjent nie powinien podejmować aktywności fizycznej, nosić ciężkich przedmiotów, przegrzewać organizmu, wspóżyć płciowo oraz kąpać się w jacuzzi, wannie lub basenie. Okres rekonwalescencji zależy od zakresu zabiegu, a powrót do pełnej aktywności wymaga indywidualnej opinii lekarza.

2. Usunięcie chirurgiczne zmiany, jest zabiegiem inwazyjnym, podczas którego mogą wystąpić niepożądane następstwa zabiegu, czyli tzw. powikłania. W przypadku chirurgicznego usunięcia zmiany niegroźne i przejściowe powikłania występują w około 0,7-5% zabiegów. Najczęstszymi powikłaniami chirurgicznego usunięcia zmiany są: uszkodzenie skóry lub tkanki podskórnej, zmiana koloru skóry, seroma (wodniak, czyli zebranie się płynu w okolicy rany pooperacyjnej), obrzęki, drętwienia, uformowanie się krwiaka, nieprawidłowy kontur skóry, oparzenie, zakażenie rany, bliznowacenie. Bardzo rzadko dochodzi do poważnych powikłań, zagrażających życiu lub zdrowiu pacjentki. Do tych bardzo rzadkich, choć groźnych powikłań chirurgicznego usunięcia zmiany należą: uszkodzenie włókien nerwowych, martwicę rany, wstrząs anafilaktyczny, zatrucie lidokainą, a nawet zgon.

3. Czas do namysłu związany z decyzją o wykonaniu chirurgicznego usunięcia zmiany jest nieograniczony. Należy jednak liczyć się z tym, że niepodpisanie jej w dniu dzisiejszym może spowodować przesunięcie w kolejce oczekujących na wykonanie zabiegu i obciążenie kosztami gotowości zespołu zabiegowego.

4. Przez podpisanie niniejszej zgony oświadczam, że:

- a) zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszym formularzu, w szczególności rozumiem, iż chirurgiczne usunięcie zmiany jest zabiegiem koniecznym i jak każdy zabieg wiąże się z pewnym ryzykiem;
- b) miałem/am możliwość zadania pytań lekarzowi i uzyskałem/am od niego wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie swoje pytania;
- c) poinformowałem/am lekarza o wszystkich przyjmowanych przez siebie aktualnie lekach i przebytych oraz istniejących chorobach;
- d) jestem przygotowany/a do zabiegu w sposób zalecony mi przez lekarza.

Zostałem poinformowany/a o kosztach zabiegu, które akceptuję.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis lekarza