

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplńska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**USUNIĘCIE GUZA SKÓRY – ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY WRAZ Z INFORMACJAMI DODATKOWYMI**

WAŻNE: Niniejszy dokument napisany jest w celu poinformowania pacjenta o zabiegu usunięcia zmiany skórnej (guza) twarzy oraz ryzyku zabiegu. **Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytał/-a te informacje dokładnie i do końca.**

Informacje ogólne:**1. Co to jest wycięcie guza skóry.**

Jest to chirurgiczne wycięcie zmiany skóry wraz z marginesem tkanek zdrowych.

2. Do czego służy wycięcie guza skóry.

Zabieg polega na wycięciu tkanek zmienionych chorobowo, przekazaniu materiału do oceny histopatologicznej oraz ustaleniu dalszego postępowania.

3. Wskazania do wykonania zabiegu.

Wskazaniami do wykonania zabiegu są podejrzenie zmiany o możliwość transformacji nowotworowej, wielkość zmiany i jej lokalizacja, choroby towarzyszące oraz dodatni wywiad rodzinny.

4. Cel wycięcia guza skóry.

Celem zabiegu jest usunięcie zmiany z marginesem tkanek zdrowych oraz przekazanie pobranego materiału do badania histopatologicznego.

5. Przygotowanie pacjenta do zabiegu.

Pacjent ma obowiązek zgłosić się na wizytę na czczo, po zażyciu leków przyjmowanych rutynowo.

6. Opis zabiegu.

Zabieg przeprowadzany jest przez chirurga, w znieczuleniu miejscowym (małe zmiany tkanek miękkich) lub ogólnym (duże zmiany tkanek miękkich, owrzodzenia, oparzenia). Zmienione chorobowo tkanki zostają wypreparowane a następnie wycięte wraz z marginesem tkanek zdrowych. Ubytki tkanki w miejscu po wycięciu uzupełniane są za pomocą plastyki miejscowej tj.: zeszyte pierwotne, wykorzystanie płatów z sąsiedztwa lub przeszczep skóry pośredniej grubości pobrany z wcześniej ustalonej okolicy. Pobrany materiał jest przekazywany do zewnętrznej pracowni histopatologicznej.

7. Jak należy zachować się po zabiegu.

Po zabiegu należy wykonywać codzienną pielęgnację rany: zmieniać sterylne opatrunki oraz chronić miejsce zabiegu przed urazami. Należy zgłosić się na wizytę kontrolną w czasie określonym przez lekarza prowadzącego (zwykle w ciągu 5-14 dni). Wynik badania histopatologicznego należy odebrać w terminie wskazanym przez lekarza. W trakcie gojenia ran zabronione jest palenie tytoniu.

8. Możliwe powikłania.

Procedura usunięcia zmian skórnych jest bezpieczna. Do możliwych powikłań należą:

- uszkodzenie struktur okolicy zmiany,
- krwiak,
- infekcja,
- rozejście się rany,
- blizna przerosła,
- keloid,
- odczyny alergiczne na środki opatrunkowe.

Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am powyższe informacje oraz miałem/-am możliwość przeprowadzenia rozmowy z lekarzem i zadawania pytań, na które uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam zgodę na wykonanie przez Pawła Poniatońskiego, planowanego, niżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Zabieg chirurgiczny - usunięcie zmiany skórnej (guza)**Lekarz prowadzący: Paweł Poniatoński**

Oświadczam, że udzieliłam/-em wyczerpujących i prawdziwych informacji o moim stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałem pouczone o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiąkowego, przewodowego lub śródwładźowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowany/-a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia (wypisać lub wpisać brak):

Ponadto oświadczam, że zostałam/-am w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/-y o:

1. konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu;
2. rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu
5. możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, jak również o skutkach niestosowania się do zaleceń lekarza;
9. kosztach zabiegu, które akceptuję.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści niniejszej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie dodatkowych informacji, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na opisany zabieg.

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna



SMILE DESIGNERS