



ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ODSYSANIA TKANKI TŁUSZCZOWEJ

Ja, niżej podpisana(y).....
urodzona(y).....
zamieszkała(y).....
tel.
po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzona (y) o możliwych powikłaniach,
wyrażam zgodę na zabieg.....
.....
.....

mojej osoby w dniu.....

Medycyna to nie tylko wiedza, ale również w pewnej części niewiadoma. Postępując zgodnie ze sztuką lekarską, według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności, lekarz nie może zagwarantować uzyskania idealnego wyniku operacji. Jakkolwiek niewielka, jednak istnieje możliwość niepowodzenia lub pogorszenia wyglądu podczas pierwszego zabiegu. Co za tym idzie należy brać pod uwagę konieczność wykonania dodatkowych zabiegów w celu uzyskania zadowalającego efektu.

Decydując się na zabieg odsysania tłuszczu, rozumiem, że decyduję się również na ryzyko związanych z tym powikłań. Wiem, że prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest wprawdzie minimalne, jednak musi być brane po uwagę przy wrażeńiu zgody na zabieg.

Powikłania po zabiegu (wg. częstości występowania):

- ✦ przebarwienia i blizny przerostowe i bliznowce w miejscach wprowadzenia kaniul (1:500)
- ✦ krwawienie i krwiak w operowanej okolicy (1:1000)
- ✦ stany zapalne lub zakażenie operowanej okolicy (1:2000)
- ✦ choroba zakrzepowo-zatorowa żył (1:100 000)
- ✦ zatorowość tłuszczowa płucna (1:250 000)

Niepokojącymi będą objawy ogólnoustrojowe:

- ✦ duszność
- ✦ gorączka
- ✦ uogólnione bóle
- ✦ rozsiane zmiany skórne
- ✦ znaczne osłabienie organizmu

Rozumiem również, że po mimo wcześniejszego ustalenia z lekarzem szczegółów zabiegu, podczas jego trwania, może wystąpić konieczność dokonania zmian takich jak:

- ✦ odstąpienie od operacji
- ✦ odstąpienie od części zaplanowanej operacji
- ✦ zmniejszenie zakresu wykonywanej operacji
- ✦ założenie drenażu w jednej lub kilku okolicach
- ✦ wykonanie dodatkowych nacięć skóry
- ✦ założenie innych niż zaplanowane szwów.



centrum liposukcji

Po zabiegu usunięcia tkanki tłuszczowej tj. liposukcji, w znakomitej większości przypadków występują **typowe dla okresu po-zabiegowego miejscowe objawy uboczne**:

- ✦ obrzęki operowanej okolicy i obszarów sąsiadujących
- ✦ zasinienia i ich przemieszczanie się zgodnie z działaniem grawitacji
- ✦ przeczulica lub niedoczulica obszaru
- ✦ ból podczas poruszania
- ✦ stwardnienia i nierówności
- ✦ gromadzenie się płynu surowiczego w operowanym obszarze
- ✦ wycieki krwistego płynu przez dreny lub w opatrunki

Wszystkie wyżej wymienione objawy występują w różnym stopniu i ustępują w okresie od 1 tyg. do 4 tyg. po zabiegu.

Po liposukcji konieczne jest przestrzeganie zaleceń zawartych w karcie wypisowej, oraz ustnych wydanych przez chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę operacyjną dotyczących:

- ✦ przyjmowania leków
- ✦ postępowania po zabiegowego
- ✦ masaży
- ✦ noszenia uciskowego ubrania
- ✦ zaleconych kontroli
- ✦ informowania lekarza najszybciej jak to możliwe o wystąpieniu niepokojących objawów.

Ostateczny efekt zabiegu liposukcji jest widoczny najwcześniej między 4-10 miesiącem. Zależy on od ilości i jakości usuniętej tkanki tłuszczowej, ale również sumienności w przestrzeganiu ogólnych i szczegółowych zaleceń po zabiegowych:

- ✦ regularnym i długotrwałym masowaniu poddanych zabiegowi okolic począwszy od pierwszych dni po zabiegu
- ✦ unikaniu wahań wagi ciała (utrzymywania stałego prawidłowego BMI)
- ✦ prawidłowego odżywianie
- ✦ właściwej regularnej aktywności fizycznej

Liposukcja nie jest zabiegiem przeznaczonym dla perfekcjonistów ze względu na fakt, że występowanie drobnych wyczuwalnych nierówności, oraz minimalnych asymetrii jest normalne i fizjologiczne i występuje u osób które podały się liposukcji jak i tych które nigdy takiego zabiegu nie przeszły. Zabieg nie wskazany jest również dla pacjentów z dysmorfofobią (*ang. BDD*), gdyż zmiana ich wyglądu nie spowoduje poprawy ich samopoczucia.

Oświadczam, że zapoznałem się z rodzajem zabiegu, znam jego zalety i wady, możliwe powikłania oraz przebieg okresu pozabiegowego, a także inne możliwe metody zabiegu. Zostałam(em) poinformowana(y), że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. W trakcie rozmowy zadałam(em) wszelkie interesujące mnie pytania dotyczące zabiegu. Wyjaśnienia zrozumiałam(em) i innych pytań nie mam. Moja zgoda jest dobrowolna i świadoma.

Oświadczam, że nie zataiłam(em) przed lekarzami żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne zespołu leczącego.

Data i czytelny podpis Pacjenta

Data i podpis lekarza