

## FORMULARZ INFORMACYJNY I ZGODA NA ZABIEG LIFTU TWARZY I SZYI

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Data urodzenia** ..... **PESEL** .....

**Nr telefonu kontaktowego** .....

**Rodzaj planowanego zabiegu**.....

.....

**Celem proponowanego zabiegu jest :**.....

.....

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o operacji zmarszczek twarzy i szyi, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytała te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Czy choruje Pan/Pani na jakies choroby przewlekłe? (jeśli tak to prosimy o wymienienie):

.....

Czy przyjmuje Pan/Pani jakies leki? (jeśli tak to prosimy o wymienienie):

.....

### **Informacje ogólne - charakterystyka liftu twarzy i/lub szyi**

Wskazania:

Zabieg ma na celu poprawienie (odmłodzenie) wyglądu twarzy i szyi. Wraz z wiekiem skóra oraz mięśnie okolicy twarzy stają się wiotkie i obwisłe. Lifting skóry twarzy i szyi nie spowoduje zatrzymania procesu starzenia się - może jedynie podnieść głębsze struktury twarzy, usunąć nadmiar wiotkiej skóry czy też tkanki tłuszczowej. Operacja ta może być wykonana jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi zabiegami jak, np. odsysaniem tkanki tłuszczowej podbródka czy blepharoplastyką. Operacja zmarszczek twarzy i szyi jest indywidualnie dopasowywana dla każdego pacjenta.

### **Leczenie alternatywne:**

Alternatywne postępowanie może polegać na nie wykonywaniu operacji zmarszczek twarzy i szyi. Uzyskanie niewielkiej poprawy napięcia skóry i zmniejszenia zmarszczek można otrzymać poprzez wykonanie chemicznych peelingów lub zabiegów laserowych. Z każdym z tych zabiegów związane są także pewne ryzyko i powikłania.

### **Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :**

1. Blizny – każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami są nieestetyczne.. Nieprawidłowy przerost blizny może powstawać na skórze lub dotyczyć głębiej położonych tkanek. Ich kolor może się różnić od koloru otaczającej skóry. W celu ich korekcji może być niezbędna dodatkowa operacja.
2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk są naturalnym objawem po operacji zmarszczek twarzy i szyi. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca tkanka. Zdarza się jednak, że przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu a nawet na stałe.
3. Asymetria – pewna asymetria twarzy występuje u większości osób. Różnice w wyglądzie twarzy i jej symetrii mogą także występować po operacji. W takich przypadkach, dopuszczalny jest zabieg poprawkowy, mający na celu poprawę tejże asymetrii.
4. Odległe wyniki – zmiany wyglądu twarzy związane są z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, opalaniem się oraz z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Lift twarzy i/lub szyi nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji zostanie na zawsze. Na przestrzeni lat, dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne.
5. Nierówności skóry – po operacji mogą być widoczne nierówności, dodatkowe zmarszczki lub zagłębienia na skórze.
6. Ból – ból pozabiegowy, o różnym nasileniu pojawia się niemalże u każdego pacjenta. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę.
7. Krwawienie – może wystąpić w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka. Nadmierna

ilość krwi zgromadzona pod skórą ( krwiak ) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn. W celu działania przeciwkrwotocznego warto stosować zimne okłady.

8. Infekcja – jest rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Pacjent po zabiegu zobowiązany jest do przyjmowania antybiotyku do tygodnia czasu. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie, może być konieczna dodatkowa operacja.

9. Zaburzenia czucia skóry – pewne zaburzenia czucia na skórze twarzy i szyi są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie.

10. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub stałe.

11. Seroma – nagromadzenie płynu surowiczego pod skórą. W tym wypadku konieczne jest zastosowanie drenażu lub punkcji.

12. Uszkodzenie nerwu – podczas liftu twarzy i/lub szyi może dojść do uszkodzenia nerwów motorycznych lub czuciowych. Mogą występować osłabienie czy utrata ruchów mimicznych twarzy, a także przejściowa lub trwała utrata czucia. Tego rodzaju uszkodzenia zwykle są przejściowe i z czasem ulegają poprawie. Uszkodzenia nerwów czuciowych na szyi lub w okolicy uszu mogą powodować przejściowe lub bardzo rzadko trwałe brak czucia. Bolesne zbliżowanie nerwu występuje bardzo rzadko.

13. Podrażnienie oczu – podrażnienie/ suchość oczu może występować po liftingu twarzy lub wtedy kiedy jednocześnie wykonano korekcję powiek.

14. Reakcje alergiczne – rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Bardzo poważne reakcje ogólnoustrojowe, takie jak wstrząs anafilaktyczny mogą wymagać dodatkowego leczenia.

15. Utrata włosów – może wystąpić w tych obszarach skóry, które są odpreparowywane (podnoszone do góry) w trakcie zabiegu. Nie jest możliwe przewidzenie tego rodzaju powikłania.

Podpis Pacjenta

16. Przedłużone gojenie – istnieje ryzyko rozejścia się rany lub przedłużonego jej gojenia. Pewne obszary twarzy mogą nie goić się prawidłowo. W tym przypadku lekarz może zalecić częstrze zmiany

opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjentki palące papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.

17. Szwy – większość technik chirurgicznych związane jest z użyciem głęboko zlokalizowanych szwów. Mogą one być wyczuwalne pod skórą, a także przebijać się przez nią stając się widocznymi i powodując podrażnienia, które wymagać będą ich usunięcia. Szwy skórne zdejmowane są zazwyczaj między 10 a 14 dobą.

18. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.

19. Znieczulenie – zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko.

20. Choroby neurologiczne i psychiatryczne – opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po lifcie twarzy i szyi wynikających z niespełnionych wyobrażeń pozabiegowych. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego, nienaturalnego efektu.

21. Zmiany chorobowe/ nowotworowe skóry – lift twarzy i/lub szyi jest zabiegiem mającym na celu podniesienie skóry i głębiej położonych tkanek twarzy. Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.

22. Niezadowolający efekt – obejmuje widoczne deformacje, utratę mimiki twarzy lub czucia, rozejście się rany. W celu usunięcia tych powikłań może być konieczna dodatkowa operacja. Konieczności wykonania reoperacji nie da się przewidzieć przed pierwotnym zabiegiem.

### **Dodatkowe czynniki ryzyka:**

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i wiąże się z koniecznością jego świadomego zrozumienia.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu twarzy i szyi. Warto omówić wymienione ponżej powikłania z chirurgiem aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje operacji.

Podpis Pacjenta

1. Palenie papierosów – Pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego obciążeni są większym ryzykiem wystąpienia powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może dojść do kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem.

**Proszę o wybór prawidłowego stwierdzenia poprzez wstawienie symbolu „x” we wskazanym miejscu poniżej:**

\_\_\_\_\_ **Nie palę papierosów.** Zrozumiałam/-em, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.

\_\_\_\_\_ **Palę papierosy.** Zrozumiałam/-em ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania spowodowane paleniem papierosów. Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tyg. przed operacją aż do zakończeniu procesu gojenia.

2. Informacja o lekach antykoncepcyjnych – proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków (jak np. antybiotyki) może neutralizować ich działanie.

3. Leki – po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji oraz nie wolno pić alkoholu.

4. Kontakty intymne po operacji – mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.

5. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem.

6. Nielezione nadciśnienie może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu.

### **Konieczne dodatkowe leczenie**

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia. Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnej operacji.

### **Powikłania z winy pacjenta :**

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne.

### **Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające :**

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.

### **Zastrzeżenia Pacjenta/Pacjentki**

.....  
.....

### **Zrzeczenie**

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu. Obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce, jednakże nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że Pan/i Doktor ..... przeprowadził/a ze mną w dniu..... rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących operacji liftu twarzy i szyi, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej oraz ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne.

Podpis Pacjenta

## OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania i nr tel:.....

Data urodzenia:..... PESEL: .....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego :.....

Rodzaj planowanego znieczulenia :.....

Ja niżej podpisana/y...../imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ( Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3 ) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez Dr Magdalenę Nowicką i wybranym przez nią asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na lift twarzy i/lub szyi, Świadoma zgoda na znieczulenie oraz Zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach.

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

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt kontrolnych po przeprowadzeniu zabiegu;

Podpis Pacjenta

7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie liftingu twarzy i szyi, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu (operacji), m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostęпно poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się

Podpis Pacjenta



do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonanym zabiegu, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam/em ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest: .....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

Podpis Pacjenta

## Zalecenia po operacji zmarszczek twarzy i szyi

1. Operacja będzie trwała około 3 - 4 godzin.
2. Proszę trzymać głowę uniesioną w celu zmniejszenia obrzęku.
3. Nie opuszczaj głowy poniżej poziomu serca.
4. Unikaj jedzenia, które wymaga długiego żucia. Nie musisz stosować ograniczeń w diecie
5. Nie wykonuj żadnych wysiłków fizycznych. Wysiłek fizyczny, zaparcia mogą powodować wzrost ciśnienia krwi co może doprowadzić do krwawienia i może wymagać dodatkowej operacji.
6. Myj zęby wyłącznie miękką szczoteczką. Unikaj ruchów górną wargą
7. Unikaj długich rozmów telefonicznych przez co najmniej 10-14 dni
8. Możesz myć swoją twarz nie dotykając opatrunku. Myj się pod prysznicem do chwili zdjęcia opatrunku.
9. Nie uśmiechaj się i unikaj gwałtownych ruchów mimicznych twarzy przez 1 tydzień
10. Po operacji będą założone opatrunki, których zmiana nastąpi między 4 a 10 dobą. Po operacji Twarz będzie zasiniona przez około 2 – 3 tygodnie. Na zasinienia można zastosować Lioton 1000 lub Fortiven 2400.
11. Po usunięciu szwów umyj włosy w niezbyt gorącej wodzie po ok 2 dniach. Bądź ostrożny przy stosowaniu suszarki.
12. Bądź czujny przy zakładaniu ubrania przez głowę, ponieważ mogą one uszkodzić szwy znajdujące się poniżej płatków uszu. Po operacji będą występować zaburzenia czucia na twarzy i szyi przez okres czasu kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Uczucie swędzenia będzie występowało około 2 tygodnie po zabiegu i jest związane z procesem gojenia.
13. Nie stosuj leków przeciwbólowych na pusty żołądek ponieważ może to prowadzić do wymiotów.
14. Po 5-7 dniach po operacji można zastosować makijaż.
15. Szwy będą usunięte 10 - 14 dnia po operacji.
16. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu.
17. Nie pływaj przez 1 miesiąc.

Data i podpis Pacjenta

Data i podpis Lekarza