

## INFORMACJA I ZGODA NA ZABIEG LIPOSUKCJI

Imię i nazwisko pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia .....  
PESEL .....  
Rodzaj planowanego zabiegu .....

### Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu liposukcji ( odsysania tkanki tłuszczowej ), ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytał/a te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

### Informacje ogólne. Charakterystyka zabiegu liposukcji

#### Wskazania

Zabieg liposukcji jest zabiegiem chirurgicznym mającym na celu usunięcia nadmiaru tkanki tłuszczowej z pewnych obszarów ciała, takich jak twarz i szyja, górne okolice ramion, tułów, brzuch, biodra, pośladki, uda, kolana, łydki i okolice kostek. Nie jest to metoda na zmniejszenie wagi ciała, tylko mająca na celu usunięcie nagromadzenia tkanki tłuszczowej, nie reagującego na stosowanie diety i ćwiczeń fizycznych. Liposukcja może być stosowana jako jedyna metoda w celu kształtowania ciała lub w połączeniu z innymi chirurgicznymi metodami takimi jak operacja zmarszczek twarzy, plastyka powłok brzusznych lub operacją liftingu ( podniesienia ) ud, czyli metodami usunięcia nadmiaru skóry i podniesienia obwisniętych tkanek. Najlepszymi kandydatami do liposukcji są osoby ze stosunkowo prawidłową wagą ciała, którzy mają nadmiar tkanki tłuszczowej w niektórych obszarach ciała. Najlepsze wyniki po liposukcji można uzyskać u osób z elastyczną skórą. Obwisnięta, luźna skóra może wymagać dodatkowej operacji – plastyki powłok brzusznych.

.....  
podpis Pacjenta (1)

Nierówności powierzchni ciała, które nie są związane z tkanką tłuszczową nie mogą być poprawione przy pomocy liposukcji. Liposukcja w niewielkim stopniu poprawia wygląd cellulitu.

Liposukcja jest wykonywana przy pomocy metalowych kaniul, które są umieszczane w małych nacięciach skóry i pozwalają na rozbicie i odessanie tkanki tłuszczowej. Liposukcja może być wykonywana w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.

Technika nasiękowa liposukcji obejmuje infiltrację odsysanej tkanki tłuszczowej roztworem złożonym ze leków przeciwbólowych i adrenaliny. Technika ta może zmniejszyć dyskomfort w czasie operacji i zmniejszyć zasinienie po operacji. Odpowiednie ubranie uciskowe i opatrunki mają na celu zmniejszenie obrzęku i przyspieszenie gojenia.

### Leczenie alternatywne

Alternatywne leczenie obejmuje nie wykonywanie zabiegu operacyjnego. Dieta i ćwiczenia fizyczne mogą być skuteczne w zmniejszeniu nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej. Plastyka powłok brzusznych z usunięciem nadmiaru skóry i tkanki tłuszczowej może być konieczna u niektórych pacjentów po liposukcji. Innymi metodami stosowanymi w celu wymodelowania sylwetki ciała lub usunięcia tkanki tłuszczowej są zabiegi lipolizy farmakologicznej lub laserowej, zastosowanie wysokiego ciśnienia wody do rozbijania tkanki tłuszczowej, a także zabiegi związane z działaniem ultradźwięków na komórki tłuszczowe. Alternatywne metody leczenia, związane są również z pewnymi czynnikami ryzyka i potencjalnymi powikłaniami.

Celem proponowanego zabiegu jest .....

### Dające się przewidzieć następstwa zabiegu

1. Blizny – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą występować na powierzchni skóry i tkankach położonych głębiej. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja.
2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po liposukcji.

.....  
podpis Pacjenta (2)

Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.

3. Asymetria – Pewna asymetria ciała może występować po liposukcji. Czynniki takie jak : napięcie skóry, nagromadzenie tkanki tłuszczowej, napięcie mięśni czy uwidocznienie pod skórą kości mogą mieć wpływ na wynik plastyki powłok brzusznych.

4. Nierówności widoczne na powierzchni skóry – Nierówności widoczne na skórze oraz widoczne zagłębienia mogą występować po liposukcji. Ponadto może występować pofałdowanie skóry lub jej zmarszczenie. Po pewnym czasie może to ulec poprawie lub wymagać dodatkowej operacji.

5. Odległe wyniki – Zmiany kształtu ciała mogą być związane z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, ciążą lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej wcześniej liposukcji.

6. Ból – Po operacji liposukcji może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko i związany jest zazwyczaj z pociąganiem nerwów przez powstającą bliznę. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

### **Czynniki ryzyka związane z liposukcją**

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka, stąd niezwykle istotne jest zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem liposukcji.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu ciała. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem plastykiem, aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje operacji. Poniżej zostały przedstawione dotychczas stwierdzone naukowo przypadki możliwych objawów ubocznych lub powikłań związanych z operacją liposukcji.

1. Wybór pacjenta – Osoby z mało elastyczną skórą, problemami medycznymi, otyłością lub nierealnymi oczekiwaniami nie powinni być rozważani jako kandydaci do liposukcji.

.....  
podpis Pacjenta (3)

2. Krwawienie – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka lub transfuzji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Nadciśnienie, jeżeli nie jest leczone może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą ( krwiak ) może spowodować opóźnione gojenie i powstawanie nieprawidłowych blizn.

3. Infekcja – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeżeli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie antybiotykami, może być konieczna dodatkowa operacja. Większe ryzyko infekcji występuje w przypadkach wykonania plastyki powłok brzusznych razem z odsysaniem tkanki tłuszczowej.

4. Zaburzenia czucia skóry – Pewne zaburzenia czucia skóry są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Trwała częściowa lub całkowita utrata czucia skóry po operacji występuje wyjątkowo rzadko.

5. Seroma – Rzadko płyn może zbierać się pomiędzy skórą i głębiej leżącymi tkankami. Może dojść do tego po operacji, urazie lub intensywnych ćwiczeniach fizycznych. Jeżeli do tego dojdzie konieczne jest wykonanie drenażu tego płynu.

6. Martwica tkanki tłuszczowej – Może dochodzić do martwicy tkanki tłuszczowej. Może być konieczne usunięcie tej tkanki.

7. Uszkodzenie głębiej położonych struktur – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie i otrzewna ( w bardzo rzadkich przypadkach). Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.

8. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.

9. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.

.....  
podpis Pacjenta (4)

10. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi w przypadku liposukcji dużej ilości obszarów z usunięciem dużej ilości tłuszczu. Wymaga natychmiastowego leczenia.

11. Powikłania płucne i układu krążenia – Powikłania układu oddechowego mogą być spowodowane zatorem płucnym, zatorem tłuszczowym lub częściowym uszkodzeniu płuc po znieczuleniu ogólnym. Zaburzenia te mogą być przyczyną śmierci. Powikłania sercowe stanowią ryzyko związane z każdym znieczuleniem ogólnym. Jeżeli wystąpi skrócenie oddechu, ból w klatce piersiowej, nieprawidłowe bicie serca należy natychmiast udać się do lekarza.

12. Martwica skóry – Martwica skóry jest bardzo rzadka po liposukcji. Może być konieczne dodatkowe leczenie obejmujące operację.

13. Niezadowolający efekt – Po operacji mogą występować deformacje kształtu ciała w postaci nierówności widocznych lub wyczuwalnych przy uciśnięciu skóry. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.

14. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pewne obszary ciała mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. Czasami pewne obszary skóry mogą ulec martwicy. Może to wymagać częstych zmian opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.

15. Informacja o lekach antykoncepcyjnych – Proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków, m. in. antybiotyki może neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.

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

17. Palenie papierosów – Pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko na wystąpienie chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może u pacjenta dochodzić do efektów ubocznych w postaci kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem.

.....  
podpis Pacjenta (5)

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.

18. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

19. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji liposukcji związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem po zabiegu. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego efektu.

Podpis Pacjenta 4

### **Powikłania z winy pacjenta**

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach:

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych,
2. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

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.

.....  
podpis Pacjenta (6)



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie Tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anti-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anti-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Policzki nici liftingujące PDO Barb 4D

### 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.

Zastrzeżenia Pacjenta / Pacjentki

.....

### Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego.

Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

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

### OŚWIADCZENIE. ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Rodzaj planowanego zabiegu .....

Rodzaj planowanego znieczulenia .....

.....  
podpis Pacjenta (7)

Ja niżej podpisana/y .....  
na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza  
dentysty ( 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 Macieja Sznurkowskiego** i wybranym przez nią  
asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

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  
okonieczności 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 konsultacyjnych po przeprowadzeniu zbiegu;
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 operacji  
liposukcji.
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.

.....  
podpis Pacjenta (8)



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 wyczerpująco i dostępnie poinformowana 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 obciążone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich.

Oświadczam, że miałam 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 ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia ( nie wyłączając zaniechania leczenia ) i alternatywnych zabiegach.

.....  
podpis Pacjenta (9)

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/mógł 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 wymogom 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 oraz data

.....  
podpis Lekarza oraz data