

## Formularz świadomej zgody - WYCIĘCIE GUZA POWŁOK

Na podstawie oceny wyników badań oraz stanu klinicznego, kwalifikuję Pana/-nią .....  
do wykonania zabiegu wycięcia guza powłok

### I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

1. Imię i nazwisko pacjenta :....., .....  
(PESEL / data urodzenia pacjenta)

2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego\*/ opiekuna prawnego\* .....,

PESEL: ....., dowód osobisty seria i nr: .....,

zamieszkały/a: .....

### II. Wskazania do proponowanej procedury medycznej

Szanowni Państwo. Zgłosiliście się do lekarza w związku z rozpoznaniem guza powłok (skóry, tkanki podskórnej, mięśni). Po przeprowadzonych badaniach lekarz zaproponował Państwu leczenie operacyjne. Wynika to zapewne z faktu, że ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero na podstawie badania histopatologicznego (mikroskopowego). Większość guzów lokalizujących się w powłokach ma łagodny charakter, jednak bez badania mikroskopowego ostateczne ustalenie czy mamy do czynienia ze zmianą łagodną, czy też złośliwą jest niemożliwe. Ponadto niewykluczone, że guz przyczynia się u Państwa do istotnego ograniczenia w funkcjonowaniu organizmu, i to zarówno pod względem fizycznym, ale także i emocjonalnym. Ponieważ trudno przewidzieć jednoznacznie z jakim guzem mamy do czynienia i o jakiej lokalizacji proszę zapytać się o wstępne rozpoznanie, które jest wskazaniem do leczenia operacyjnego i wpisanie go przez lekarza do niniejszego formularza.

### III. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej

Operację przeprowadza się zazwyczaj w znieczuleniu przewodowym-regionalnym. Ma ono na celu zniesienie bólu w operowanej okolicy ciała i nie jest związane z pozbawieniem świadomości. Polega ono na podaniu środka miejscowo znieczulającego w pobliżu pojedynczych nerwów, pni lub splotów nerwowych, co powoduje zniesienie bólu i temperatury w okolicy zaopatrywanej przez te nerwy, przy zachowanym czuciu dotyku i ucisku. Znieczuleniu temu towarzyszy często znaczne osłabienie siły mięśniowej w znieczulanej okolicy. W czasie znieczulenia, w razie potrzeby, stosowane są leki powodujące uspokojenie pacjenta. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Państwa lekarz przeprowadzający znieczulenie. W szczególnych sytuacjach może zaistnieć konieczność przeprowadzenia znieczulenia ogólnego, które znosi świadomość i odczuwanie bólu w całym organizmie. W takim przypadku o rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia operacji, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog. Proszę uwzględnić polecenia mające na celu zapobieganie powikłaniom znieczulenia ogólnego, a mianowicie na 6 godzin przed znieczuleniem pacjentom nie wolno jeść, a 4 godziny pić. Podczas operacji guz zostanie zazwyczaj wycięty w granicach zdrowych makroskopowo tkanek, a ciągłość powłok zostanie odtworzona przez ich zeszytanie. Rozległość samego wycięcia jest zależna od wielkości zmiany i stopnia jej penetracji do głębszych warstw powłok. Z kolei odtworzenie ciągłości powłok jest zależne od rozległości wycięcia. Czasami może wymagać wielowarstwowego zeszytania poszczególnych warstw tkanek, a czasami wystarczy pojedynczy szew skóry. Czasami konieczny okaże się przeszczep z okolicznych tkanek, a czasami z odległych miejsc naszego ciała. Przed operacją lekarz przeprowadzi z Państwem rozmowę o konieczności i możliwościach planowanego zabiegu, a także szczegółowo przedstawi Państwu jego przebieg.

**Ponieważ niemożliwe jest przewidzenie wszelkich rozpoznań, a zatem i przebiegu operacji, proszę zwrócić się do lekarza z prośbą, ażeby uzupełnił poniższy formularz o opis planowanego zakresu operacji:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### **IV. Opis innych dostępnych metod**

Poza wycięciem guza powłok, w zasadzie nie istnieje inna możliwość leczenia. Możemy w takim przypadku zdecydować się jedynie na obserwację zmiany i w zależności od dalszego przebiegu choroby podejmować decyzje. Należy jednak zaznaczyć, że wszelkie opóźnienia w wycięciu zmiany mogą mieć negatywny wpływ na Państwa zdrowie. Mogą także uniemożliwić odpowiednie leczenie ze względu na brak rozpoznania histopatologicznego

#### **V. Opis standardowych powikłań związanych z proponowaną procedurą medyczną**

Pomimo starań lekarzy zarówno w trakcie operacji jak i po jej zakończeniu może dojść do powikłań. Należy wśród nich w szczególności wymienić:

- uszkodzenie sąsiednich struktur anatomicznych. Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po poprzednich operacjach, przy rozległych stanach zapalnych i/lub zrostach;
- silniejsze krwawienia, przy których zachodzi konieczność transfuzji krwi;
- zakażenie wirusem żółtaczk lub HIV;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia nerwów lub miękkich części ciała. Dotyczy to także uszkodzeń skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;
- tworzenie się zakrzepów i zamknięcie naczynia krwionośnego przez wędrujący zakrzep (zator płuc);
- krwawienia pooperacyjne i krwawe wybroczyny;
- zakażenia rany pooperacyjnej. Prowadzi to do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok;
- przerwanie szwów i rozejście się rany na skutek powikłań gojenia się, zaburzeń ukrwienia lub obciążeń mechanicznych;
- zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia;
- zaburzenie ukrwienia na skutek zamknięcia lub uszkodzenia naczynia krwionośnego, które może wywołać martwicę tkanek (np.: odleżyny);
- owrzodzenia w miejscu szwu;
- uszkodzenia nerwów, dające uczucie głuchoty, bólów, porażenia mięśni.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być także przyczyną śmierci.

#### **VI. Opis zwiększonego ryzyka i powikłań odległych w związku ze stanem zdrowia pacjenta**

Po zakończonej operacji będzie zazwyczaj możliwy powrót do domu. W części przypadków może okazać się jednak konieczne przyjęcie Państwa do szpitala w celu obserwacji pooperacyjnej. Większość ran goi się bez powikłań, jednak u części chorych dochodzi do utrudnienia w gojeniu tkanek, co może przedłużyć proces zdrowienia. Należy także pamiętać o uzyskaniu informacji na temat ostatecznego wyniku badania histopatologicznego (mikroskopowego) wyciętego guza i zaleceniach z tym związanych.

**VII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania i leczenia**

W przypadku odstąpienia od leczenia operacyjnego zawsze istnieje ryzyko, że mamy do czynienia ze zmianą o złośliwym charakterze, która rozwijając się może stanowić zagrożenie dla Państwa zdrowia, a nawet życia.

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

**VIII. Oświadczenie pacjenta**

**Oświadczam**, iż zapoznałam/em się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/em poinformowana/y przez lekarza o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałam/em możliwość zadawania pytań, dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/em na nie odpowiedź. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

*zaznaczyć właściwą kratkę przy deklaracji / \*niepotrzebne skreślić*

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**  
 **NIE wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

....., .....  
(data) (czytelny podpis pacjenta, w tym również małoletniego, który ukończył 16 lat / przedstawiciela ustawowego)

**IX. Oświadczenie przedstawiciela ustawowego\* / opiekuna prawnego\***

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem: ojcem\* / matką\* / opiekunem prawnym\* ww. pacjenta. **Oświadczam**, iż zapoznałam/em się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/em poinformowana/y przez lekarza o proponowanym rodzaju leczenia dla ww. pacjenta. Oświadczam, iż miałam/em możliwość zadawania pytań, dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/em na nie odpowiedź. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia ww. pacjenta, badań oraz przebytych chorób.

*zaznaczyć właściwą kratkę przy deklaracji / \*niepotrzebne skreślić*

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**  
 **NIE wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej**

....., .....  
(data) (czytelny podpis przedstawiciela ustawowego\*/ opiekuna prawnego\*)

**X. Oświadczenie lekarza**

W związku z brakiem możliwości uzyskania zgody pacjenta\* / przedstawiciela ustawowego\*/ opiekuna prawnego\* oraz koniecznością wykonania procedury medycznej u ww. pacjenta, który wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia nie może wyrazić zgody, decyzję o wykonaniu procedury medycznej u ww. pacjenta podejmują lekarze w składzie:

....., .....  
(data) (podpis i pieczętka lekarza specjalisty) (podpis i pieczętka lekarza specjalisty lub lekarza)