



ESTEDERM

KLINIKA AMBROZIAK

**INFORMACJA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU „Lifting krocza metodą
Vaginal Narrower“**

Imię i

nazwisko.....

.....

Nr karty Pacjenta

.....

.....

1. RODZAJ SCHORZENIA I KONIECZNOŚCI OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani defekt estetyczno-funkcjonalny o charakterze szerokiego wejścia do pochwy i/lub wiotkości tkanek krocza. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia operacyjnego.

2. METODY LECZENIA OPERACYJNEGO

Leczenie operacyjne defektu estetyczno-funkcjonalnego o charakterze szerokiego wejścia do pochwy i/lub wiotkości tkanek krocza polega na zastosowaniu liftingu za pomocą samokotwiczącej nici wchłanialnej typu Vaginal Narrower. Po szczegółowej analizie Pani przypadku proponujemy następujący zabieg operacyjny: Vaginal Narrower. Celem proponowanej operacji jest zwężenie wejścia do pochwy i lifting tkanek krocza. Alternatywne metody leczenia Pani schorzenia obejmują klasyczną plastykę krocza lub plastykę krocza, pochwy i mięśni krocza.

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

W następstwie proponowanego zabiegu ulegnie zwężeniu wejście do pochwy oraz zostanie podwyższone krocze.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją są rzadkie i mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu ściany odbytnicy, powstaniu przetoki pochwowo-odbytniczej;
- wtórnym krwawieniu lub krwinkach wymagających ponownej interwencji operacyjnej (założenia szwów hemostatycznych);
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy);
- zakażeniu rany pooperacyjnej;
- pogorszeniu jakości życia płciowego

Klinika Ambroziak Estederm

ul. Chałubińskiego 13/U1

02-758 Warszawa

tel. +48 726 101 000

tel. +48 22 111 50 05

recepcja@klinikaambroziak.pl

klinikaambroziak.pl

NIP 123-124-33-87

REGON 142784425

KRS 0000381160

PL 92 1140 1010 0000 5346 8500 1001 PLN

PL 65 1140 1010 0000 5346 8500 1002 EUR

Nie zostały opisane dotychczas ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże

średnie

ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: brak poprawy lub pogorszenie.

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa pracującego w naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....
.....
.....
.....
.....

7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią Dr..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania;
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych;
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania;
- wyników leczenia operacyjnego;
- rokowania;
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego;

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego „Lifting krocza metodą Vaginal Narrower“ oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
.....
data pieczętka i podpis lekarza

.....
.....
czytelny podpis pacjentki

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny. Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla

mojego zdrowia i życia.

.....
data pieczęćka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjentki

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....

.....

.....