



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU LECZNICZEGO (WYCIĘCIE CHIRURGICZNE ZMIANY SKÓRNEJ)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani _____

Stwierdzona u Pana/Pani zmiana skórna wymaga chirurgicznego usunięcia. Wskazaniem do zabiegu jest konieczność ustalenia rozpoznania histopatologicznego, wykluczenia lub potwierdzenia choroby nowotworowej, radykalne usunięcie zmiany oraz/lub usunięcie zmiany powodującej zaburzenia funkcjonalne.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowane postępowanie polega na chirurgicznym usunięciu zmiany skórnej w znieczuleniu miejscowym. Zabieg przeprowadzany jest poprzez wycięcie zmiany wraz z niewielkim marginesem zdrowej tkanki, a następnie zszywanie ran szwami skórnymi i założenie opatrunku. W uzasadnionych przypadkach pobrany materiał zostanie przekazany do badania histopatologicznego.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym (najczęściej 2% preparatem lignokainy), poprzez podanie środka znieczulającego w okolicę zmiany. Pozwala to na całkowite zniesienie bólu w okolicy poddanej zabiegowi chirurgicznemu.

Oczekiwane korzyści z zabiegu obejmują:

- usunięcie zmiany skórnej,
- możliwość uzyskania rozpoznania histopatologicznego,
- zmniejszenie ryzyka progresji zmiany,
- poprawę komfortu funkcjonalnego.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu biopsji skóry w miejscu pobrania materiału może wystąpić niewielki ból, zaczerwienienie, obrzęk lub krwiak. Objawy te są zazwyczaj krótkotrwałe i ustępują samoistnie.

Pacjent powinien:

- utrzymywać miejsce zabiegowe w czystości i suchości,
- codzienne delikatne mycie rany łagodnym preparatem myjącym, a następnie zastosowanie miejscowego środka do dezynfekcji,
- zmieniać opatrunki zgodnie z zaleceniem lekarza,
- unikać całkowitego zanurzania rany pod wodą (np. pływanie oraz sauna) do czasu zdjęcia szwów,
- zgłosić się w wyznaczonym terminie w celu kontroli i zdjęcia szwów,
- unikać urazów i dużego wysiłku fizycznego, który może spowodować rozejście się rany.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów, takich jak nasilony ból, obfite krwawienie, ropna wydzielina, gorączka lub inne objawy ogólne, pacjent powinien niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywami dla chirurgicznego usunięcia zmiany są:

- obserwacja kliniczna i dermatoskopowa w czasie,
- wykonanie biopsji wycinkowej (pobranie fragmentu zmiany),
- w niektórych przypadkach – metody małoinwazyjne (np. laseroterapia, kriochirurgia, terapia fotodynamiczna, leczenie miejscowe).

Metody te nie zawsze pozwalają na całkowite usunięcie zmiany ani uzyskanie pełnego rozpoznania histopatologicznego. Dodatkowo decydując się na obserwację zmiany w czasie ryzykujemy ewentualną progresję choroby.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Chirurgiczne usunięcie zmiany skórnej jest zabiegiem bezpiecznym i rutynowo wykonywanym, jednak – jak każda procedura medyczna – wiąże się z ryzykiem powikłań, takich jak:

- ból, tkliwość i obrzęk w miejscu zabiegu,
- krwawienie śród- lub pozabiegowe,
- powstanie krwiaka,
- zakażenie rany wymagające leczenia miejscowego lub antybiotykoterapii,
- rozejście się rany lub opóźnione gojenie,
- reakcja alergiczna na środek znieczulający lub materiały opatrunkowe,
- powstanie blizny (także przerostowej lub keloidu),
- rzadko – zaburzenia czucia w okolicy operowanej, trwałe przebarwienie lub odbarwienie skóry, konieczność ponownego zabiegu w przypadku niedoszczętnego wycięcia zmiany.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Ryzyko powikłań po biopsji skóry może być większe u pacjentów obciążonych dodatkowymi chorobami lub przyjmujących niektóre leki. Do czynników zwiększających ryzyko należą m.in.:

- zaburzenia krzepnięcia krwi lub stosowanie leków przeciwkrzepliwych,
- cukrzyca (wolniejsze gojenie, większa podatność na infekcje),
- choroby przewlekłe osłabiające odporność (np. nowotwory, choroby autoimmunologiczne, leczenie immunosupresyjne),
- skłonność do tworzenia się blizn przerostowych lub keloidów,
- alergie na środki znieczulenia miejscowego lub materiały opatrunkowe,
- zaburzenia krążenia obwodowego.

Lekarz prowadzący dokonuje indywidualnej oceny ryzyka u danego pacjenta i uwzględnia to w decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Rokowanie po chirurgicznym usunięciu zmiany skórnej jest na ogół bardzo dobre. Rana zwykle goi się bez powikłań w ciągu kilkunastu dni. Po zdjęciu szwów pozostaje blizna, której wygląd zależy od lokalizacji, predyspozycji pacjenta oraz przestrzegania zaleceń pozabiegowych.

Do możliwych odległych następstw należą:

- trwała blizna (w rzadkich przypadkach blizna przerostowa lub keloid),
- utrzymujące się przebarwienia lub odbarwienia skóry,
- sporadycznie – przedłużone zaburzenia czucia w okolicy zabiegowej.

Pacjent został poinformowany, że ostateczny efekt gojenia zależy od przestrzegania zaleceń pozabiegowych, indywidualnych zdolności regeneracyjnych skóry oraz lokalizacji usuwanej zmiany skórnej.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z zabiegu chirurgicznego może skutkować:

- brakiem możliwości uzyskania rozpoznania histopatologicznego i oceny charakteru zmiany,
- dalszym wzrostem zmiany i nasileniem dolegliwości,
- ryzykiem przeoczenia lub opóźnionego rozpoznania nowotworu złośliwego, co może pogorszyć rokowanie,
- utrzymującymi się problemami funkcjonalnymi lub estetycznymi.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

ZABIEGU LECZNICZEGO (WYCIĘCIE CHIRURGICZNE ZMIANY SKÓRNEJ)

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu leczniczego (wycięcie chirurgiczne zmiany skórnej)**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu zabiegu oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu **leczniczego (wycięcie chirurgiczne zmiany skórnej)**.
Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu leczniczego (wycięcie chirurgiczne zmiany skórnej).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu diagnostycznego (biopsja skóry). Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (podpis i pieczęć)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu leczniczego (usunięcie chirurgiczne zmiany skórnej)** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego oświadczenie
(podpis i pieczęć)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu leczniczego (usunięcie chirurgiczne zmiany skórnej)**.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczęć lekarza