



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,
tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 04-00061
Komórka organizacyjna, tel.
VII część kodu resortowego:

Bydgoszcz, dnia

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA LECZENIE OPERACYJNE RADYKALNE WYCIĘCIE ZMIANY SKÓRNEJ

Nr historii choroby

Płeć.....

Pacjent:
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

ADRES:
ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

Telefon:

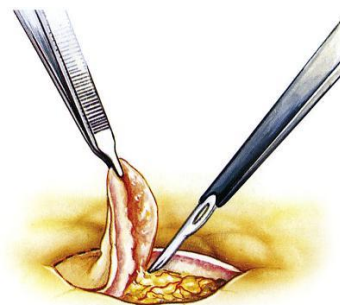
KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

INFORMACJA O PROPONOWANYM SPOSOBIE LECZENIA:

Usunięcie nowotworu skóry z możliwością poszerzenia zabiegu o plastykę rekonstrukcyjną własnymi tkankami lub przeszczep skóry

Rozpoznano u Pani/Pana lub podejrzewa się obecność nowotworu skóry zgodnie z aktualnym stanem wiedzy zalecane jest leczenie operacyjne. Charakter zmiany skórnej może być łagodny lub złośliwy, jednak ostateczne rozpoznanie możliwe jest wyłącznie po wykonaniu badania histopatologicznego usuniętej tkanki. 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.

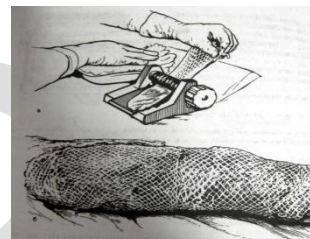
Proponowane leczenie polega na chirurgicznym wycięciu zmiany skórnej wraz z marginesem zdrowych tkanek. Zakres zabiegu uzależniony jest wielu czynników w tym: wielkości guza, rodzaju nowotworu, jego lokalizacji, głębokości naciekania, zajęcia okolicznych struktur anatomicznych, wyniku badań obrazowych i śródoperacyjnej oceny chirurgicznej. W przypadku nowotworów skóry nosa lub twarzy może zaistnieć konieczność wykonania bardziej rozległego zabiegu obejmującego częściową lub całkowitą resekcję struktur nosa, a także fragmentów skóry policzka, małżowin usznych, powieki lub wargi górnej. W celu uzyskania radykalności onkologicznej guz usuwany jest z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek. Oznacza to, że wycięcie może obejmować nie tylko samą widoczną zmianę, ale również otaczającą ją skórę, tkankę podskórną, chrząstkę, błonę śluzową, a w niektórych przypadkach także głębiej położone struktury. Po usunięciu zmiany może powstać ubytek wymagający rekonstrukcji. W zależności od rozległości ubytku zastosowane mogą zostać:





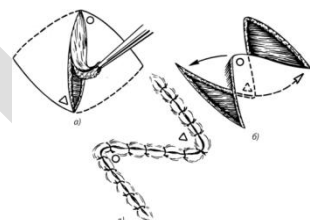
- bezpośrednio zeszyć rany (czasami może wymagać wielowarstwowego zeszywania poszczególnych warstw tkanek, a czasami wystarczy pojedynczy szew skórny).
- plastyka miejscowymi płatami skórnymi,
- rekonstrukcja przy użyciu własnych tkanek Pacjenta,
- przeszczep skóry pośredniej lub pełnej grubości, pobrany z innej okolicy ciała.

Przeszczep skóry polega na pobraniu cienkiej warstwy skóry przy pomocy specjalnego narzędzia chirurgicznego (dermatomu) lub bezpośredniego wycięcia skóry pełnej grubości oraz przeniesieniu jej na miejsce powstałego ubytku. Najczęstszymi miejscami pobrania skóry są udo, brzuch, okolica obojczyka, pośladek lub okolica zauszna. W miejscu pobrania pozostaje blizna odpowiadająca wielkości pobranego przeszczepu.



W niektórych przypadkach leczenie rekonstrukcyjne może wymagać kilku etapów operacyjnych wykonywanych w odstępach czasowych.

Zabieg przeprowadzany jest zazwyczaj w znieczuleniu ogólnym, rzadziej przewodowym lub miejscowym. Szczegółowe informacje dotyczące rodzaju znieczulenia, jego przebiegu oraz możliwych powikłań zostaną przedstawione przez lekarza anestezjologa.



W przypadku znieczulenia miejscowego osobą odpowiedzialną za analgezję jest operujący chirurg. Polega ono na wprowadzeniu przez nakłucia w okolicę operową środka znieczulającego i jest wykonywane bezpośrednio podczas zabiegu.

OPIS ZABIEGU

Po przygotowaniu pola operacyjnego chirurg wykonuje cięcie skóry umożliwiające radykalne usunięcie zmiany nowotworowej. Rozległość cięcia zależy od lokalizacji i zaawansowania guza. Usunięta tkanka zostaje przekazana do badania histopatologicznego. W niektórych przypadkach podczas zabiegu może być konieczne poszerzenie marginesów wycięcia, jeśli istnieje podejrzenie pozostawienia komórek nowotworowych. Po wycięciu zmiany wykonywane jest zamknięcie ran, rekonstrukcja tkanek, plastyka skóry lub przeszczep skóry. W przypadku rozległych ubytków możliwe jest wykorzystanie płatów skórnych pobranych z okolicznych tkanek lub innych części ciała. Po zakończeniu zabiegu zakładane są opatrunki oraz – w razie potrzeby – dreny odprowadzające wydzielinę pooperacyjną.

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZABIEGU:

Celem zabiegu operacyjnego jest całkowite usunięcie zmiany skórnej, uzyskanie materiału do badania histopatologicznego, zahamowanie dalszego rozwoju choroby nowotworowej, zmniejszenie ryzyka naciekania okolicznych struktur, zmniejszenie ryzyka przerzutów regionalnych i odległych, poprawa komfortu życia Pacjenta, ograniczenie dolegliwości bólowych i miejscowych, przywrócenie ciągłości i funkcji skóry, poprawa efektu funkcjonalnego i estetycznego poprzez rekonstrukcję ubytku. Należy przy tym pamiętać, że w większości przypadków



leczenie operacyjne stanowi jedyną metodę dającą szansę na całkowite wyleczenie nowotworu skóry.

RYZIKO ZABIEGU DLA PACJENTA:

Pomimo zachowania należytej staranności podczas leczenia operacyjnego mogą wystąpić powikłania miejscowe i ogólne. Żaden lekarz nie jest w stanie całkowicie zagwarantować oczekiwanego efektu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym, w szczególności ryzyka możliwych powikłań.

Wśród możliwych powikłań miejscowych w szczególności należy wymienić: krwawienie śródoperacyjne lub pooperacyjne, przy których może zachodzić konieczność transfuzji krwi; uszkodzenie sąsiednich struktur anatomicznych; przy rozległych stanach zapalnych i/lub zrostach; powstanie krwiaka; obrzęk i zasinienie operowanej okolicy; zakażenie rany operacyjnej; zakażenie tkanek miękkich lub kości; przedłużone gojenie rany; rozejście się rany pooperacyjnej; martwica skóry, płata lub przeszczepu; częściowe lub całkowite nieprzyjęcie przeszczepu skóry; tworzenie przetok i ropni; powstawanie blizn przerostowych lub bliznowców; deformacja nosa lub twarzy; zaburzenia ukrwienia tkanek; owrzodzenia skóry; przewlekły ból lub neuralgie; zaburzenia czucia, drętwienie lub przeczulica; uszkodzenie mięśni, chrząstek, naczyń lub nerwów; trwała utrata węchu; przewlekłe dolegliwości ze strony nosa; występowanie strupów, skrzepów i nieprzyjemnego zapachu z nosa; niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia nerwów lub miękkich części ciała, uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny;

Możliwe powikłania ogólne: reakcje alergiczne na leki i materiały medyczne, powikłania związane ze znieczuleniem, zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, zapalenie płuc, niewydolność oddechowa, zakażenia ogólnoustrojowe, udar mózgu, zawał serca, zakażenie wirusami HBV, HCV lub HIV związane z koniecznością transfuzji krwi, ciężkie reakcje uczuleniowe, zgon.

Ryzyko powikłań zwiększa się u Pacjentów: przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po poprzednich operacjach po wcześniejszych operacjach, z cukrzycą, palących tytoń, z zaburzeniami krzepnięcia, z niewydolnością krążenia, z otyłością, w przypadku rozległych lub nawrotowych nowotworów. Zwiększone ryzyko powikłań może wynikać ze stanu zdrowia pacjenta (choroby współistniejące, wyniszczenie, wiek, stan ogólny):

.....

Szacowane ryzyko powikłań i zgonu wskutek zabiegu – próbą matematycznego sposobu wyliczenia prawdopodobieństwa zdarzeń niepożądanych jest model oceny klinicznej tzw. skala P-POSSUM. Ponieważ nie istnieje idealny model oceny, również ten nie uwzględnia wszystkich informacji (korzystnych i niekorzystnych), które mogą mieć znaczenie w przypadku indywidualnego pacjenta.

Szacowane ryzyko powikłań po zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%

Szacowane ryzyko zgonu wskutek zabiegu wg P-POSSUM wynosi:%



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.

Pacjent został poinformowany, że medycyna nie daje gwarancji całkowitego wyleczenia ani całkowitego braku powikłań.

SKUTKI ODLEGŁE ZABIEGU

Po leczeniu mogą wystąpić trwałe blizny, asymetria twarzy, deformacja nosa lub uszu; zaburzenia estetyczne, zaburzenia czucia, przewlekłe dolegliwości bólowe, ograniczenie drożności nosa, konieczność stosowania opatrunków i pielęgnacji blizn, konieczność kolejnych etapów leczenia rekonstrukcyjnego, konieczność dalszego leczenia onkologicznego, możliwość nawrotu nowotworu mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia. Pacjent wymagać będzie kontroli pooperacyjnych oraz zapoznania się z wynikiem badania histopatologicznego.

ALTERNATYWNE SPOSOBY POSTĘPOWANIA

Alternatywne metody postępowania obejmują obserwację zmiany, leczenie zachowawcze, leczenie miejscowe, leczenie onkologiczne zależne od typu nowotworu. Możliwości ich zastosowania są uwarunkowane rodzajem zmiany skórnej i dostępnością metody.

Leczenie farmakologiczne (maści i kremy) Metody te polegają na aplikowaniu specjalnych preparatów bezpośrednio na zmianę, co wywołuje lokalną reakcję zapalną i niszczy komórki nowotworowe

Zabiegi ablacyjne i niszczące (bez wycinania) Kriochirurgia (krioterapia): Wymrażanie zmiany ciekłym azotem (niską temperaturą co prowadzi do martwicy guza. Skuteczna w powierzchownych rakach o niskim ryzyku nawrotu.

Terapia fotodynamiczna (PDT): Metoda łącząca nałożenie substancji uwrażliwiającej na światło (kwasu 5-aminolewulinowego) z naświetlaniem specjalnym światłem, co precyzyjnie niszczy komórki nowotworowe przy zachowaniu zdrowej tkanki.

Laseroterapia (laser CO2): Wykorzystywana do odparowania (waporyzacji) zmian, szczególnie w powierzchownych postaciach raka podstawnokomórkowego.

Radioterapia (naświetlanie) Radioterapia jest skuteczną alternatywą dla chirurgii, szczególnie gdy wycięcie mogłoby być oszpecające (np. zmiany na nosie, uchu) lub u osób, które nie mogą poddać się operacji.

Pacjent został poinformowany, że metody alternatywne mogą nie zapewniać całkowitego usunięcia zmiany oraz nie dają możliwości pełnej oceny histopatologicznej.

SKUTKI ODMOWY I NIEPODJĘCIA PROPONOWANEGO LECZENIA

W razie odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia radykalnego należy spodziewać się postępu nowotworu złośliwego, narastania dolegliwości. Brak zgody na leczenie operacyjne może prowadzić do: dalszego wzrostu nowotworu, naciekania okolicznych struktur, destrukcji tkanek, powstawania owrzodzeń, przewlekłych zakażeń i



krwawień, nasilenia dolegliwości bólowych, pogorszenia funkcji oddychania przez nos, powstania przerzutów regionalnych lub odległych, zagrożenia życia. Niewykonanie koniecznej rekonstrukcji lub przeszczepu skóry może skutkować: przewlekłym niegojeniem rany, zakażeniem, martwicą tkanek, przykurczami bliznowatymi, trwałym upośledzeniem funkcji i wyglądu operowanej okolicy. W terminalnym okresie choroby nowotworowej jest możliwa specjalistyczna opieka medyczna w hospicjum.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez pacjenta czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy jego stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego. Jeśli chce Pan/i uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

Uwagi pacjenta:

.....
.....

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, udzieliłem lekarzowi wszystkich informacji o stanie zdrowia mogących mieć znaczenie dla leczenia i przeprowadzanego zabiegu. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających oraz zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu leczenia i przeprowadzenia zabiegu, w jego trakcie, w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała zaistniała sytuacja. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

**Oświadczam, że zapoznałem się z powyższym tekstem
wyrażam świadomą zgodę na proponowane leczenie**

.....

data, godzina

.....

podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

podpis i pieczęć lekarza



Nie wyrażam zgody się na przeprowadzenie u mnie zabiegu operacyjnego i zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego o planowanym sposobie leczenia oraz pouczyłem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas bądź na skutek przeprowadzonego zabiegu.

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda na wykonywanie zdjęć i/lub nagranie zabiegu operacyjnego

Ja niżej podpisany, przyjmuję do wiadomości, że szpital dysponuje warunkami technicznymi pozwalającym na rejestrację w części lub całości niektórych etapów mojego leczenia, w tym zabiegu operacyjnego. Wykonywane zdjęcia i/lub nagrania są pozbawione danych identyfikujących pacjenta, mają charakter anonimowy i ich wykorzystanie jest ograniczone wyłącznie do celów naukowych i szkoleniowych personelu. Wyrażona zgoda na wykonywanie zdjęć i nagrań jest nieograniczona czasowo i terytorialnie, dotyczy wszystkich zdjęć i nagrań wykonanych w procesie leczenia pacjenta. Wobec powyższego:

- ☐ wyrażam zgodę na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.
- ☐ nie wyrażam zgody na zdjęcia i nagrania w trakcie mojego leczenia.

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego



Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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

.....

data, godzina

.....

podpis i pieczęć lekarza

WZÓR