



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI) .....

PESEL .....DATA.....

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG WYCIĘCIA TŁUSZCZAKA

### 1.Co to jest ?

Jest to zabieg polegający na wycięciu tłuszczaka tkanki podskórnej.

### 2.Dlaczego zabieg jest konieczny?

Tłuszczak może przeszkadzać w wykonywaniu codziennych czynności. Może też wzrastać miejscowo.

### 3.Jakie są możliwe trudności i powikłania?

Jak po każdym zabiegu chirurgicznym może wystąpić krwawienie lub infekcja po zabiegu. Niekiedy po zabiegu pacjenci odczuwają bóle w operowanej okolicy.

### 4.Jakie znieczulenie?

Z reguły do wycięcia tłuszczaka stosuje się znieczulenie miejscowe.

### 5. Jak się przygotować do zabiegu?

Pacjent powinien być w dobrym ogólnym stanie zdrowia , nie może np. cierpieć na schorzenia infekcyjne (np. górnych dróg oddechowych), - gdyż ryzyko powikłań pooperacyjnych nigdy nie może przekraczać korzyści płynących z wykonanego zabiegu. Rano przed zabiegiem należy starannie umyć się, operowaną okolicę w dniu zabiegu należy wygolić. Przed zabiegiem osłonowo podaje się antybiotyki.

**Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zrozumiałam/em na czym polega zabieg oraz oceniłam/em ryzyko operacyjne. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie u mnie wycięcia tłuszczaka oraz inne procedury medyczne, które mogą być konieczne do wykonania, w trakcie zabiegu operacyjnego, procesu leczenia i pielęgnowania.**

**Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie u mnie:**

**WYCIĘCIE TŁUSZCZAKA .....**

**umiejscowienie**

Data:..... podpis pacjenta/pacjentki:.....

podpis opiekuna prawnego:.....

pieczętka i podpis lekarza .....



*Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.*

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI) .....

PESEL .....DATA.....