**OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana**

**Služba za kirurgiju**

**Pročelnik kirurške službe Zdravko Zelić, dr. med., spec. opće kirurgije**

**i subspecijalist abdominalne kirurgije**

**Obavijest pacijentu o operacijskom postupku**

**OBJAŠNJENJE I PISMENI PRISTANAK PACIJENTA NA OPERACIJSKO LIJEČENJE -**

**EKSCIZIJA KOŽNE/POTKOŽNE TVORBE U LOKALNOJ ANESTEZIJI**

1. **DIJAGNOZA I ZAHVAT**

Ekscizija kožne/potkožne tvorbe je kirurški zahvat kojim se uklanja preporučena tvorba. Najčešći razlog uklanjanja je suspektna kožna promjena- displastični madež ili kožni tumor koju je potrebno ekscidirati i poslati na PHD verifikacju, te se preporučuje ekscizija kožne/potkožne tvorbe u lokalnoj anesteziji.

1. **ANESTEZIJA**

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

1. **KONTRAINDIKACIJA ZA IZVOĐENJE ZAHVATA**

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

• prethodne dokazane alergijske reakcije na lokalni anestetik

• infekcije kože na mjestu operacije

• relativna kontraindikacija je uzimanje lijekova za cirkulaciju ili razrjeđivanje krvi, koji mogu dovesti do jačega krvarenja. Potrebno je ranije obavijestiti liječnika, da se dobiju upute kako se pripremiti za operacijski zahvat.

1. **RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA**

• bolnost rane

• krvarenja (kod osoba sklonih krvarenju ili u onih koji uzimaju lijekove za razrjeđivanje krvi)

• infekcije kirurške rane u 1 -5% bolesnika (češće kod dijabetičara i osoba koje uzimaju imunosupresivne lijekove)

• sporost zarastanja

• razdvajanja rubova rane, zbog čega je potrebno izbjegavati napore i rastezanje operiranog područja sve dok se šavi ne uklone

1. **MOGUĆE ZAMJENE ZA PREPORUČENI ZAHVAT**

Za benigne kožne promjene često se koristi i kirurška metoda- radiofrekvencija ili kirurgija radiovalovima, koja često ostavlja minimalno vidljiv ožiljak.

1. **OPIS ZAHVATA**

Nakon pranja i sterilnoga pokrivanja operacijskoga polja, u operacijsko polje se aplicira lokalni anestetik. Učini se ekscizija opisane tvorbe koja se pošalje na patohistološku analizu. Operacijska rana se sašije šavima, koji se ostavljaju 7-14 dana, ovisno o lokalizaciji.

1. **IZJAVA PACIJENTA**

Svojim potpisom potvrđujem da sam na meni jasan i razumljiv način upoznat/a s mojim zdravstvenim stanjem, preporučenim postupkom liječenja, vrstom odabrane anestezije, mogućim kontraindikacijama i rizicima samoga postupka uključujući i rizike koji su specifični s obzirom na moje zdravstveno stanje kao i činjenicom da je uspjeh liječenja varijabilan i da ovisi o nizu čimbenika.

Na sve svoje dodatne upite sam dobio/la potpunu informaciju od strane liječnika te u cijelosti preuzimam rizik liječenja navedenim postupkom. Sukladno članku 16. Stavak 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata (“Narodne novine broj 169/04), izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti, prihvaćam postupak.

Ime i prezime pacijenta/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_