

AMPUTACJA PIERSI (MASTEKTOMIA) Z PROCEDURĄ BIOPSJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO

**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Kiedy wykonuje się amputację piersi?

Podstawowym wskazaniem do amputacji piersi (mastektomii) jest stwierdzenie nowotworu złośliwego, przede wszystkim **raka piersi**. Rozpoznanie raka piersi stawia się na podstawie badań przeprowadzonych przed operacją: badania lekarskiego, mammografii, ultrasonografii lub mammografii rezonansu magnetycznego, które mogą wykazać podejrzaną zmianę w piersi. Potwierdzenie złośliwego charakteru podejrzanej zmiany uzyskuje się na podstawie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, biopsji gruboigłowej, biopsji mammotomicznej lub chirurgicznej. Jedynie wyniki tych badań, potwierdzające złośliwy charakter zmiany w piersi są podstawą do podjęcia decyzji o amputacji piersi.

Jakie są przeciwwskazania do wykonania zabiegu?

Przeciwwskazaniem do wykonania amputacji piersi w przypadku raka jest przede wszystkim miejscowe zaawansowanie nowotworu – naciekanie skóry lub ściany klatki piersiowej przez guz nowotworowy oraz obecność powiększonych, nieruchomych węzłów chłonnych pachy. W tym przypadku należy odroczyć leczenie operacyjne do czasu zmniejszenia wymiarów guza po zastosowaniu przedoperacyjnej chemioterapii. Inne przeciwwskazania obejmują zaawansowany wiek chorej i ciężkie choroby współistniejące znacznie pogarszające stan ogólny i wykluczające możliwość zastosowania znieczulenia ogólnego.

Co może się stać, jeśli nie wykona się operacji, mimo wskazań medycznych?

Ponieważ amputację piersi wykonuje się przede wszystkim z powodu raka piersi i jest to podstawowa metoda leczenia tej choroby, zaniechanie leczenia operacyjnego prowadzi do powiększania się guza, jego naciekania na okoliczne tkanki, powstawania przerzutów w innych narządach, stopniowego wyniszczenia organizmu i w końcu do śmierci. Opóźnienie operacji może spowodować, że w tym czasie dojdzie do powstania przerzutów i, mimo, że operacja w końcu się odbędzie, ostateczny wynik leczenia będzie niekorzystny.

Alternatywne sposoby leczenia.

W szczególnych przypadkach raka piersi, z ograniczonych wskazań, można zamiast leczenia chirurgicznego zastosować leczenie farmakologiczne – hormonoterapię. Innym sposobem, mającym ograniczone zastosowanie jest radioterapia – naświetlanie piersi. Podkreślić należy, że powyższe metody mogą być stosowane pod ścisłą kontrolą onkologiczną w wąskiej grupie pacjentów i na ogół są to metody paliatywne, czyli mogące przedłużyć życie, ale nie prowadzące do trwałego wyleczenia. Podstawowym sposobem leczenia raka piersi i innych nowotworów złośliwych pozostaje leczenie chirurgiczne. Alternatywnym do biopsji węzła wartowniczego sposobem postępowania jest usunięcie wszystkich węzłów chłonnych (limfadenektomia pachowa), ale w przypadku, kiedy istnieją możliwości wykonania biopsji węzła wartowniczego, uważa się to za postępowanie lepsze i obciążone mniejszą ilością powikłań.

Co to jest biopsja węzła wartowniczego i kiedy się ją wykonuje?

Rak piersi jest nowotworem złośliwym, a więc mającym zdolność tworzenia przerzutów – nowych ognisk nowotworu w innych tkankach i narządach organizmu. Szerzenie się raka piersi drogą naczyń chłonnych powodować może powstawanie przerzutów przede wszystkim w węzłach chłonnych dołu pachowego. W obrębie tej grupy węzłów przerzuty umiejscawiają się najpierw w pojedynczym węźle chłonnym, który jest pierwszy na drodze spływu chłonki z piersi, nazwano go węzłem wartowniczym. Na podstawie wieloletnich badań dowiedziono, że jeżeli w tym węźle nie ma przerzutów, to, w olbrzymiej większości przypadków, nie ma ich także w pozostałych węzłach chłonnych pachy.

Biopsja węzła wartowniczego polega na zidentyfikowaniu i usunięciu tego pierwszego węzła, do którego najpierw spływa chłonka z obszaru piersi.

Biopsję węzła wartowniczego stosuje się w przypadkach, w których rozpoznano raka piersi, a w badaniu klinicznym, mammografii i USG piersi nie stwierdza się przerzutów w węzłach chłonnych dołu pachowego. W przypadku przerzutów wykrywalnych przy pomocy tych badań, należy usunąć od razu wszystkie węzły chłonne pachy.

Podstawową ideą przyświecającą wykonywaniu biopsji węzła wartowniczego jest ograniczenie ingerencji chirurgicznej w obrębie dołu pachowego, co niemal w 100% redukuje możliwość wystąpienia pooperacyjnego obrzęku chłonnego kończyny górnej po stronie operowanej.

Jak przebiega zabieg mastektomii z biopsją węzła wartowniczego?

Kilka godzin przed zabiegiem lub w dniu poprzedzającym zabieg, w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, w skórę piersi w okolicy, w której znajduje się guz, wstrzykuje się koloid znakowany pierwiastkiem promieniotwórczym. Koloid ten drogą naczyń chłonnych przemieszcza się do dołu pachowego i gromadzi w pierwszym węźle chłonnym – w węźle wartowniczym.

Współcześnie, podstawową metodą amputacji piersi, jest tak zwana zmodyfikowana radykalna mastektomia sposobem Maddena. Polega ona na usunięciu całej tkanki gruczołu piersiowego wraz z zawartością dołu pachowego – przede wszystkim węzłów chłonnych. W przypadku biopsji węzła wartowniczego wykonuje się usunięcie gruczołu piersiowego oraz odnajduje i usuwa pojedynczy węzeł chłonny wartowniczy. Chodzi o to, by jednocześnie usunąć guz nowotworowy wraz z otaczającymi tkankami oraz te węzły chłonne pachy, które w pierwszej kolejności mogą być siedliskiem przerzutów raka.

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym – pacjentka głęboko śpi. Przy pomocy detektora promieniowania (niewielkiej sondy wykrywającej promieniowanie), lokalizuje się położenie węzła w dole pachowym i zaznacza to miejsce na skórze. Chirurg wykonuje cięcie okalające pierś, wycina cały gruczoł piersiowy aż do mięśni piersiowych. Następnie, preparując tkanki i korzystając z pomocy detektora promieniowania, usuwa węzeł wartowniczy. Następnie zeszywa się ranę, pozostawiając dren z tworzywa sztucznego, który odprowadza wydzielinę z rany przez kilka dni po operacji.

Tkanki usunięte podczas zabiegu badane są histopatologicznie, a wyniki badania gotowe są w przeciągu 1-2 tygodni.

Jeżeli w zbadanym histopatologicznie węźle wartowniczym nie znaleziono przerzutów raka, tak przeprowadzony zabieg uważa się za wystarczający. Jeżeli natomiast, w węźle wartowniczym zostaną znalezione komórki nowotworowe, należy pacjentkę operować powtórnie i usunąć wszystkie pozostałe węzły chłonne, ponieważ w takim przypadku, w nich również mogą być zlokalizowane przerzuty.

Jakie mogą wystąpić komplikacje?

➤ Śródoperacyjna zmiana taktyki postępowania – może zdarzyć się konieczność odstąpienia od pierwotnie planowanej biopsji węzła wartowniczego i zamiana na zabieg wycięcia wszystkich węzłów chłonnych pachy. Może to wystąpić przede wszystkim w przypadku, kiedy gromadzenie znacznika wystąpi

nie w pojedynczym węźle chłonnym, a w więcej niż trzech (p. w 5,6,7 lub więcej) – wtedy idea biopsji węzła wartowniczego traci sens i może zapaść decyzja o usunięciu wszystkich węzłów. Niekiedy może wystąpić sytuacja, że znacznik nie zostanie zgromadzony w żadnym z węzłów – wtedy także usuwa się wszystkie węzły chłonne pachy.

- Krwotok śródoperacyjny wskutek uszkodzenia naczyń krwionośnych dołu pachowego – powikłanie bardzo rzadkie, wymaga zaopatrzenia w czasie operacji.
- Uszkodzenie pęczków nerwowych dołu pachowego – w przypadku usuwania tylko węzła chłonnego wartowniczego powikłanie niezwykle rzadkie.
- Obrzęk chłonny kończyny górnej po stronie operacji – wywołany jest uszkodzeniem naczyń chłonnych w dole pachowym. Naczynia chłonne odprowadzają płyn śródtkankowy (chłonkę, limfę), mogą zostać uszkodzone podczas usuwania węzłów chłonnych, co powoduje zastój chłonki w kończynie i jej obrzęk. Powikłanie rzadkie (występuje w 10% przypadków usuwania węzłów chłonnych pachy), ale niemożliwe do uniknięcia, wymaga odpowiedniej rehabilitacji i fizykoterapii. Procedura biopsji węzła wartowniczego w znacznym stopniu zmniejsza możliwość wystąpienia tego powikłania.
- Krwawienie pooperacyjne – wymaga czasem interwencji chirurgicznej i reoperacji.
- Zakażenie rany pooperacyjnej – zdarza się rzadko, wymaga podawania antybiotyków, czasem drenażu rany.
- Niedokrwienie lub martwica płatów skórnych – czasem, szczególnie przy dużych guzach płaty skórne po usunięciu piersi są cienkie, co powoduje zaburzenia ich ukrwienia do martwicy włącznie. Powikłanie niekiedy wymaga korekcy chirurgicznej.
- Zniekształcenie blizny pooperacyjnej – występuje najczęściej w okolicy pachy i zdarza się przy amputacji dużych piersi. Najczęściej jest korygowane odpowiednią plastyką skóry przy pierwotnej operacji, ale niekiedy wymaga chirurgicznej korekty już po wygojeniu się rany.
- Zakrzepica w żyłach głębokich kończyn dolnych i miednicy – może wystąpić pomimo profilaktyki przeciwzakrzepowej stosowanej rutynowo w każdej tego typu operacji. Zakrzepica żył głębokich wymaga leczenia, niesie ze sobą ryzyko zatorowości płucnej, ostrej lub przewlekłej niewydolności oddechowej i krążeniowej, a także nagłego zgonu.
- Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

Przebieg pooperacyjny.

- Po zabiegu operacyjnym pacjentka najczęściej powraca na swoją salę, jedynie w wyjątkowej sytuacji wymagać może dłuższego pobytu na sali pooperacyjnej lub w oddziale intensywnej opieki medycznej. Po zabiegu pacjentami opiekuje się pielęgniarka dyżurna, do niej należy zwracać się w przypadku dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale szpitalnym jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.
- W przypadkach niepowikłanych pacjentka może pić i jeść już w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu operacyjnym
- Następnego dnia po operacji pacjentka powinna zacząć siadać na łóżku, a następnie wstawać i chodzić. **Uwaga!!! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.** Ponadto już w tym dniu należy rozpoczynać ćwiczenia rehabilitacyjne w celu usprawniania kończyny górnej po stronie operowanej i zachowania prawidłowej postawy ciała po amputacji piersi.
- Pobyt w szpitalu po operacji trwa zazwyczaj 1-2 doby. Codziennie odbywa się wizyta chirurga, który przeprowadzał zabieg, zmieniają się opatrunki i kontrolowany jest przebieg gojenia się rany. Pacjentki najczęściej wypisywane są do domu z drenem i jest on usuwany w poradni ambulatoryjnie. W takim przypadku pacjentka jest instruowana, jak obchodzić się z drenem w domu.

- W trakcie pobytu pacjentki są instruowane przez magistra rehabilitacji, jak usprawniać kończynę po stronie operowanej i w jaki sposób stosować profilaktykę obrzęku chłonnego. Odbywa się także wizyta magistra psychologii w celu rozpoznania potrzeb opieki psychologicznej. Udzielane są też wstępne porady z zakresu radzenia sobie w obliczu niewątpliwie trudnej sytuacji choroby nowotworowej i radykalnej operacji. Ostatnim elementem edukacyjnego aspektu pobytu w szpitalu jest wizyta dietetyka i porady dietetyczne dotyczące właściwego żywienia w chorobie nowotworowej i w okresie powrotu do zdrowia po operacji.
- W dniu wypisu pacjentka otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ponadto skierowanie do poradni rehabilitacyjnej w celu kontynuowania procesu rehabilitacji. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który ją operował.

Jak postępować po wyjściu ze szpitala?

- Przed operacją pacjentka powinna zapewnić sobie transport do domu – nie powinna prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego. Powinna mieć zapewnioną opiekę bliskich w ciągu pierwszej doby po wypisaniu. Ze względu na przebyte znieczulenie ogólne nie powinna podpisywać żadnych ważnych dokumentów ani zobowiązań przez 48 godzin po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. Można brać prysznic obmywając okolicę rany delikatnie i osuszać ją po kąpieli czystym ręcznikiem. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Zwykle po około 9-10 dniach w poradni chirurgicznej zdejmuje się szwy i kontroluje gojenie. Regułą jest, że po usunięciu drenu, w ranie zbiera się płyn surowiczy, który co kilka dni musi być usuwany przez punkcję. Po kilku punkcjach płyn przestaje się zbierać i rana ulega pełnemu zagojeniu.
- Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego następuje rozmowa z chirurgiem-onkologiem i decyzja o dalszym pooperacyjnym leczeniu uzupełniającym.

Jak przygotować się do operacji?

- Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergie lub jeśli przyjmujesz leki zmniejszające krzepliwość krwi** (np. aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, xarelto, pradaxa, eliquis, poltixa, lixiana, INN-Edoxaban lub inne nowoczesne leki przeciwkrzepliwe) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.
- Jeśli przyjmujesz hormonalne środki antykoncepcyjne lub stosujesz hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy – poinformuj o tym lekarza. W okresie okołoperacyjnym ta metoda antykoncepcji może być niewystarczająca.
- W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- Do szpitala prosimy zabrać skierowanie na operację, podpisaną zgodę na zabieg, dowód osobisty/paszport oraz wyniki badań dodatkowych (USG, mammografia, wyniki biopsji).
- W dniu zabiegu, w domu, pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci (klapki pod prysznic), ręcznika, a także przyborów toaletowych.

- Prosimy **NIE GOLIĆ** miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją. Usuwanie owłosienia przed operacją w domu powoduje ryzyko **zakażenia** ran operacyjnych i może być przyczyną **odmowy przyjęcia** pacjenta do szpitala!
- Palacze tytoniu powinni zaprzestać palenia w okresie okołoperacyjnym. Palenie powoduje skurcz naczyń krwionośnych, co utrudnia gojenie rany oraz pogarsza wydolność oddechową, co powoduje wzrost częstości powikłań oddechowych po operacji.

W wyznaczonym terminie, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie omówiony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi (które przyjmować, a które odstawić przed zabiegiem). Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

Objawy, jakie powinny skłonić do wcześniejszej konsultacji medycznej.

Jeżeli w okresie oczekiwania na operację wystąpią u Pani/Pana wymienione poniżej objawy, bardzo prosimy o niezwłoczne skontaktowanie się z lekarzem kwalifikującym lub najbliższym szpitalem, udzielającym pomocy w stanach nagłych / SOR-em.

- szybkie powiększenie się guza piersi
- pojawienie się wyczuwalnych węzłów chłonnych pod pachą
- zaczerwienienie skóry i/ lub owrzodzenie piersi

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, wyniki badań USG, mammografii i biopsji oraz dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

W oparciu o badanie podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę oraz oszacowanie ryzyka, lekarz kwalifikujący ustalił dla Pani/Pana następujący plan postępowania przed, w trakcie i po hospitalizacji (zgodnie ze standardem OP 1.2):

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Należy zgłosić się celem ustalenia terminu obowiązkowej konsultacji na ok. 7-10 dni przed operacją. Na wizycie zostanie ustalony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi.
- **DIAGNOSTYKA:** Na ok. 7 dni przed zabiegiem należy zgłosić się do laboratorium SALUS celem wykonania pakietu badań krwi. Należy posiadać komplet wyników: USG, mammografię oraz wyniki biopsji.
- **PRZYGOTOWANIE MEDYCZNE:** Osoby chorujące na cukrzycę, nadciśnienie, choroby serca, alergie lub przyjmujące leki przeciwkrzepliwe (np. aspiryna, xarelto, eliquis i inne) muszą skonsultować się z lekarzem rodzinnym. Leki hormonalne (antykontracepcja, HTZ) należy odstawić przed operacją. Należy wyleczyć próchnicę zębów.
- **ZNAKOWANIE WĘZŁA:** Kilka godzin przed operacją lub w dniu poprzedzającym należy zgłosić się do Zakładu Medycyny Nuklearnej na wstrzyknięcie koloidu promieniotwórczego.
- **HIGIENA:** W dniu zabiegu należy wykonać poranną kąpiel całego ciała. **PROSIMY NIE USUWAĆ OWŁOSIENIA** – uczyni to personel bezpośrednio przed operacją.
- **DIETA:** Ostatni posiłek najpóźniej 6 godzin przed operacją.

- **STYL ŻYCIA:** Należy zaprzestać palenia tytoniu w okresie okołoperacyjnym.
- **ORGANIZACJA:** Zabrać piżamę, kapcie, przybory toaletowe, skierowanie, dowód osobisty/dowód, podpisaną zgodę na zabieg oraz leki własne w oryginalnych opakowaniach.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** Zgłoszenie do Izby Przyjęć z dokumentacją. Procedura obejmuje badanie lekarskie i ocenę pielęgniarstwa. Następuje rozmowa z operatorem i anestezjologiem.
- **OPERACJA:** Wykonanie zaplanowanej amputacji piersi z procedurą biopsji węzła wartowniczego.
- **NADZÓR POOPERACYJNY:** Pacjentka wraca na salę chorych (wyjątkowo na SINM lub OIT). Parametry i ból monitorują pielęgniarki.
- **URUCHAMIANIE:** Następnego dnia siadanie, wstawanie i chodzenie. **Pierwszy spacer musi odbyć się pod opieką personelu lub rodziny.**
- **REHABILITACJA:** Już od dnia po operacji ćwiczenia usprawniające kończynę i postawę pod okiem magistra rehabilitacji.
- **WSPARCIE:** Wizyta psychologa w celu rozpoznania potrzeb oraz porady dietetyka dotyczące żywienia w chorobie nowotworowej.
- **ŻYWIENIE:** Picie i jedzenie możliwe w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu.
- **OPIEKA NAD RANĄ:** Codzienna wizyta chirurga, zmiana opatrunków, kontrola gojenia i drenu.
- **WYPIS:** Następuje zazwyczaj po 1-2 dobach. Pacjentka otrzymuje kartę informacyjną, recepty i instruktaż obsługi drenu w domu.

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT:** Należy zapewnić sobie transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i komunikacji publicznej).
- **OPIEKA I BEZPIECZEŃSTWO:** Zapewnić opiekę bliskich przez 24h po wypisie. Nie podpisywać ważnych dokumentów przez 48h od znieczulenia.
- **PIELĘGNACJA RANY:** Opatrunki zmieniać codziennie, przemywając rany środkiem odkażającym (np. Octenisept). Możliwy delikatny prysznic (osuszanie rany czystym ręcznikiem). W razie gorączki, silnego bólu lub obrzęku – kontakt z lekarzem.
- **PROFILAKTYKA:** Konieczność okresowej punkcji płynu surowiczego w ranie po usunięciu drenu.
- **WIZYTY KONTROLNE:**
 - **9-10 dni po zabiegu:** zdjęcie szwów i kontrola gojenia w poradni chirurgicznej.
 - **Po ok. 1-2 tygodniach:** rozmowa z chirurgiem-onkologiem po uzyskaniu wyniku histopatologicznego i decyzja o dalszym leczeniu uzupełniającym.
- **REHABILITACJA:** Kontynuacja w poradni rehabilitacyjnej zgodnie ze skierowaniem.
- **BEZPIECZEŃSTWO:** W razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia (do 30 dni od wypisie) szpital zapewnia szybką konsultację lub rehospitalizację (miejsce i numer telefonu w karcie informacyjnej)

ZGODA NA AMPUTACJĘ PIERSI (MASTEKTOMIĘ) Z PROCEDURĄ BIOPSJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Z pacjentką(em) przeprowadziłem rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, oczekiwane korzyści, jego przewidywany przebieg, ryzyko i ocenę zagrożeń,

możliwe powikłania (w tym skutki odległe) oraz alternatywne metody leczenia i skutki odmowy leczenia. Pacjent miał możliwość zadawania pytań, na które uzyskał wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, dających się przewidzieć konsekwencjach (w tym skutkach odległych) oraz skutkach rezygnacji z leczenia i zaakceptowałem/am przedstawiony powyżej wstępny plan opieki
3. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu.
4. Poinformowano mnie o prawie do leczenia bólu i stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dla mojego bezpieczeństwa.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania (konwersji do metody otwartej), na co wyrażam zgodę.
6. Potwierdzam, że miałem/am czas na zapoznanie się z treścią niniejszej informacji i planu opieki w domu przed podjęciem decyzji.
7. Potwierdzam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu oddziału szpitalnego SALUS” i zobowiązuję się stosować do jego zapisów.
8. Ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i nie zataiłem/am istotnych informacji o stanie zdrowia.
9. Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji z zabiegu w każdym czasie, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
10. Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiotopodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na amputację piersi (mastektomię) z procedurą biopsji węzła wartowniczego.

..... Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE)

..... Data i godzina podpisania zgody

..... Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

§ 1

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach lecznictwa zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarskiego. Nadzór nad pracą personelu medycznego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 3

Oddziałem kieruje Ordynator, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla działania oddziału, nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej wiedzy medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji. Ordynator prowadzi również nadzór nad monitorowaniem i zapobieganiem zakażeniom szpitalnym.

§ 4

Ordynator wykonuje swoje funkcje przy pomocy pielęgniarki oddziałowej, której podstawowym zadaniem jest zapewnienie najlepszej opieki oraz warunków pobytu chorym. Pielęgniarka oddziałowa realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którym zarządza, nadzoruje i jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej oraz poziom etyczny. Pielęgniarka oddziałowa współdziała z lekarzami i właściwym personelem fachowym w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

§ 5

Lekarze specjaliści w ramach wykonywania świadczeń ambulatoryjnych kwalifikują chorych do leczenia szpitalnego, decydują o sposobie leczenia i samodzielnie wykonują zabiegi operacyjne, jak również, przy udziale lekarza anestezjologa ustalają postępowanie pooperacyjne, a następnie prowadzą leczenie ambulatoryjne, aż do całkowitego wyleczenia. Przy wykonywaniu powyższych czynności, lekarze specjaliści obowiązani są do przestrzegania przyjętych standardów i procedur w postępowaniu profilaktyczno-leczniczym oraz przestrzegania zaleceń krajowego nadzoru specjalistycznego.

§ 6

Pielęgniarka dyżurna wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi obserwację i pielęgnację chorych. Przy wykonywaniu zleceń i czynności pielęgnacyjnych, przestrzega ustalonych standardów i procedur postępowania.

ZASADY POBYTU I ODWIEDZIN W ODDZIALE

§ 7

Oddział Szpitalny SALUS zapewnia warunki i możliwość **całodobowego** przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania się z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu lub miejscu w oddziale. Osoby małoletnie mogą odwiedzać pacjentów tylko pod opieką dorosłego, który ponosi za nie pełną odpowiedzialność. W sytuacjach wyjątkowych (np. epidemiologicznych) odwiedzanie chorych przez bliskich może być decyzją Ordynatora lub Dyrektora Medycznego ograniczone lub wstrzymane. **Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.**

§ 8

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i za pośrednictwem Internetu z osobami z zewnątrz, jak również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie lub inne wskazane, dlatego krewni lub opiekunowie na życzenie pacjenta mogą uczestniczyć w opiece nad nim. Zakres i czas opieki ustalany jest indywidualnie, w porozumieniu z Ordynatorem, lekarzem prowadzącym oraz z pielęgniarką.

Czynności rekomendowane i możliwe do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa)
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych i pielęgnacyjnych (higiena ciała)
- karmienie, ściśle według określonej przez Ordynatora lub lekarza diety (z wyłączeniem pacjentów mających trudności w połykaniu)
- uczestniczenie w procesie mobilizacji i rehabilitacji pozabiegowej w porozumieniu z lekarzem i rehabilitantem (spacer po korytarzu, sadzanie w łóżku).

Zakazane czynności do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- wejście na blok operacyjny / sale operacyjne i sale nadzoru pooperacyjnego
- jakakolwiek ingerencja w zasady leczenia i farmakoterapii

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łózkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

W Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
 - wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
 - wnoszenie i pozostawianie w pokojach produktów spożywczych łatwo psujących
 - wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
 - zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
 - jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego
 - fotografowanie i filmowanie osób znajdujących się na terenie oddziału szpitalnego (art. 20 u.p.p.)
- Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łózkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

§ 17

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS, ich rodzina, bliscy i opiekunowie mają prawo do składania skarg, wniosków i uwag ustnie - Ordynatorowi lub zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub pisemnie – listownie, mailem lub z wykorzystaniem skrzynek na opinie pacjentów, znajdujących się w szpitalu i przychodni SALUS.