

INFORMACJA, FORMULARZ ZGODY NA ZABIEG KRIOTERAPII

Pacjent(ka) _____
(imię i nazwisko)

PESEL _____

RODZAJ ZABIEGU: krioterapia zmian skórnych

RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU:

Zmiany skórne typu: brodawki / włókniak / mięczaki / naczyniaki

PROPONOWANA METODA ZABIEGU:

Wymrażanie to bezkrwawa metoda usuwania zmian skórnych polegająca na miejscowym, kontrolowanym niszczeniu tkanki przez jej zamrażanie za pomocą ciekłego azotu

Alternatywne metody leczenia: operacyjne usunięcie zmiany, usunięcie zmiany z pomocą plazmy / lasera / elektroagulacji

DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA:

Usunięcie zmian skórnych

Po wygojeniu się może pozostać blizna oraz zniekształcenie powieki oraz może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkowało koniecznością reoperacji. Czasami konieczne jest powtórzenie procedury w celu utrwalenia efektu leczenia.

MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

- Zakażenie pola zabiegowego
- Bolesność, dyskomfort, pieczenie, swędzenie, obrzęk, rumień, stwardnienie, zasinienie
- Przebarwienia skóry
- W okresie po zabiegu może także powstać pęcherz lub drobna rana (czas wygojenia wynosi od kilku do kilkunastu dni)
- Brak wzrostu rzęs w miejscu wykonanej krioterapii
- Blizny zanikowe i przerosłe, bliznowiec

ROKOWANIE:

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: progresja zmian miejscowych.

ROZMOWA LEKARZEM:

Prosimy, aby Pani/n zapytał/a nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u lekarza(dermatologa) zatrudnionego w naszym Centrum Medycznym.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA ZABIEGOWEGO:

KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA:

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani/a zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia.

OŚWIADCZENIA PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono im odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem _____ spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- Rozpoznania
- Proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- Dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- Wyników leczenia
- Rokowania
- Ewentualnego leczenia po zabiegowego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu krioterapii oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Podpis lekarza

Data i podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Podpis lekarza

Data i podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna