

# Zgoda Pacjenta na zabieg: usuwanie guzków tarczycy metodą ECHOLASER

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Metoda zabiegowego leczenia guzków tarczycy z wykorzystaniem echolaseru to minimalnie inwazyjna procedura, pozwalająca pacjentom na uniknięcie interwencji chirurgicznej oraz usunięcia całości lub części tarczycy. Zabieg pozwala więc na oszczędzenie organu tarczycy oraz jej naturalnej funkcji, dzięki czemu pacjenci nie muszą dożywno korzystać z doustnego suplementowania hormonalnego. Metodę z wykorzystaniem echolaseru cechuje wysoka skuteczność, ponieważ u większości pacjentów w przeciągu roku obserwuje się zmniejszenie objętości guzków do 50% w stosunku do objętości przed zabiegiem. Procedura pozwala także na eliminację dolegliwości towarzyszących im do tej pory takich, jak uczucie ucisku, trudności w przełykaniu, jak również pozwala na osiągnięcie satysfakcjonującego efektu estetycznego w obrębie szyi. Z uwagi na minimalną inwazyjność procedury zabieg pozwala ograniczyć do minimum dolegliwości bólowe i okres rekonwalescencji, nie wymaga hospitalizacji, jak również nie pozostawia na ciele pacjentów śladów w postaci blizn. Precyzyjnie przeprowadzany zabieg pod kontrolą USG redukuje ryzyko uszkodzenia okolicznych tkanek, jak również pozwala skrócić czas całej procedury, która w większości przypadków nie przekracza 30 minut. Z uwagi na fakt, że wykorzystanie echolaseru w termoablacji guzków tarczycy nie wymaga znieczulenia ogólnego, pacjenci o wiele szybciej, w stosunku do zabiegów klasycznych, wracają do swoich codziennych aktywności życiowych i zawodowych.

## Jakie mogą wystąpić powikłania i działania niepożądane?

Zabieg ma charakter przeskórnego nakłucia pod kontrolą USG, zatem jest mikroinwazyjny, bolesność i dyskomfort są minimalne. Powikłania przy prawidłowej technice wykonywania są rzadkie i jedynie przejściowe.

## Przebieg leczenia

Przed zabiegiem wymagane jest wykonanie biopsji w celu sprawdzenia charakteru zmian. Potwierdzona złośliwość guzka jest obecnie przeciwwskazaniem do zabiegu laserowego, choć obiecujące są badania nad wykorzystaniem echolaseru nie tylko w przypadku zmian łagodnych, ale też w niektórych rodzajach raka tarczycy.

Dzięki znieczuleniu miejscowemu zabieg laserowego usuwania guzów tarczycy jest bezbolesny i trwa do kilkudziesięciu minut. Na skórze nie pozostają żadne ślady, blizny czy przebarwienia, a system chłodzenia zapewnia odpowiedni komfort podczas pracy Echolaseru. Lekarz kontroluje przebieg procedury za pomocą stałego podglądu USG.

Laserowa ablacja guzów tarczycy nie wymaga rekonwalescencji – może być przeprowadzona u wszystkich osób, które mają łagodne guzy (o niezłośliwym charakterze), które nie chcą lub nie mogą skorzystać z klasycznej operacji metodą chirurgiczną. **Przeciwwskazaniem do zabiegu Echolaserem jest zakażenie skóry w obszarze zabiegowym oraz zmiany guzowate zlokalizowane w okolicy krytycznych struktur.**

## Świadoma zgoda na zabieg:

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanego zabiegu. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a w sposób

wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli zabieg przebiegać będzie bez zakłóceń. Oświadczam, że udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Oświadczam, że jestem wystarczająco poinformowana/ny. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i zgadzam się na jego wykonanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualną zmianę pierwotnie ustalonego zakresu zabiegu operacyjnego polegającą na jego zmniejszeniu lub rozszerzeniu, jeśli będzie to uzasadnione wystąpieniem nieprzewidzianych okoliczności lub koniecznością dostosowania jego zakresu do stwierdzonych śródoperacyjnie zmian chorobowych oraz związanych z tym dodatkowych kosztach. W razie wystąpienia podczas operacji powikłań wyrażam zgodę na przetransportowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Katowice, \_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_  
podpis Lekarza

\_\_\_\_\_  
podpis Pacjenta