

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA - ELEKTRORESEKCJA ZMIAN SKÓRNYCH

Imię i nazwisko:

Pesel :

Otrzymałem od lekarza wykonującego zabieg pełną informację, co do wskazań, przeciwwskazań i techniki wykonania zabiegu:

- usunięcia brodawek wirusowych i łojotokowych, włókniaków, kurzajek, tłuszczaków, kaszaków, nagniotków, kłykcin kończystych, modzeli,
- usunięcia innej łagodnej zmiany skórnej,
- zamykania naczynek.

Zabieg polega na usunięciu zmiany przy pomocy prądu generowanego przez diatermię chirurgiczną. Nie wymaga zakładania szwów, gojenie pod strupem trwa 2-3 tygodnie i pozostawia na skórze niewielkie odbarwienie. Zastosowanie łuku elektrycznego pozwala na uniknięcie krwawienia z ran i zakładania szwów, a blizny są bardzo niewielkie. Usunięty fragment zostanie wysłany do badań histopatologicznych (jest to usługa płatna). Wynik będzie do odebrania po 3-4 tygodniach.

Przeciwwskazania: ciąża, zakażenia skóry.

Szczególnie dokładnie poinformowano mnie o mogących wystąpić po zabiegu działaniach niepożądanych związanych z w/w zabiegiem. Wśród reakcji niepożądanych mogą wystąpić zaczerwienienia, obrzęki, ból i tkliwość w miejscach zabiegu, strupek, przebarwienia, zasinienia, odczyn zapalny, owrzodzenie, krwiak. Niezwykle rzadko może dojść do martwicy skóry, która goi się pozostawiając bliznę. Mogą zdarzyć się też przypadki zakrzepu i zatoru w przypadku nadmiernego krwawienia podczas koagulacji. Dodatkowo może wystąpić nadmierna reakcja na ból (niepokój, lęk, wstrząs, strach przed kolejnymi zabiegami).

Poinformowano mnie również o możliwości powtórnego wykonania zabiegu w przypadku nieskuteczności, bądź braku pełnego efektu kosmetycznego (usługa jest płatna).

Udzieliłem/am możliwie najbardziej wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące mojego stanu zdrowia.

Ponadto otrzymałem/am dokładne zalecenia postępowania po zabiegu.

Oświadczam, że nie przyjmuję żadnych leków zmniejszających krzepliwość krwi (Aspiryna, Acard, Polocard, Acenokumarol, Areplex, Zylt, Plavix, Aclotin i inne leki przeciwzakrzepowe) i nie jestem uczulony/na na żadne inne leki.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem. Rozumiem ryzyko związane z tym zabiegiem i w przypadku wykonania zabiegu zgodnie z zasadami sztuki medycyny, a nie uzyskaniem spodziewanego efektu nie będę rościć żadnych pretensji do lekarza wykonującego zabieg. Oświadczam, że jestem w pełni świadomy/ma podpisania zgody na wykonanie zabiegu.

Miałem/am możliwość zadania pytań w trakcie rozmowy z lekarzem i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Data i podpis Pacjenta

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem/am pacjentowi w sposób zrozumiały planowany sposób leczenia oraz poinformowałem/am o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą nastąpić po zabiegu.

Podpis lekarza:

.....