

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA Laser frakcyjny ginekologiczny CO₂.

Imię i nazwisko

Pesel

WYWIAD.....
.....

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

- ✓ laserowego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu,

okolicy.....

Inne alternatywne możliwości leczenia to

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

Zabieg laserem frakcyjnym CO₂ oparty jest o zjawisko selektywnej fototermolizy. Laserem naświetla się wybrany obszar, co powoduje odparowanie nabłonka. Stymuluje to procesy naprawcze i regeneracyjne. Uszkodzenia powstają nie na całej powierzchni poddawanej zabiegowi, ale tylko w pewnej jej części. Dzięki temu powstałe mikroskopijne uszkodzenia sięgające powierzchni tarczy szyjki otoczone są obszarami nienagrzewanymi. Te nienaruszone okolice nabłonka i powierzchni tarczy szyjki powodują szybki proces gojenia i zapoczątkowują wspomniane procesy naprawcze i regeneracyjne. Nie naświetla się okolicy ujścia zewnętrznego kanału szyjki.

Zabieg jest umiarkowanie bolesny, może zostać przeprowadzone znieczulenie pod postacią

Przeciwwskazania:

- ✓ zaburzenia gojenia się
- ✓ skłonności do blizn przerostłych i keloidów
- ✓ skłonności do infekcji pochwy
- ✓ stosowanie ogólnych retinoidów (pochodnych wit. A, Aknenormin, Roaccutane, Izotek, Curacne) w okresie 6 miesięcy od zakończenia leczenia.
- ✓ ciąża i okres karmienia.

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, 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. Udzieliłem/am możliwie najbardziej wyczerpujące 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. Zgadzam się na wykonanie fotografii przed i po zabiegu do dokumentacji medycznej.

Data i podpis

.....

Zabieg przeprowadzono zgodnie ze standardami przeprowadzenia zabiegu laserem frakcyjnym. Dokładnie oczyszczono i zdezynfekowano przy użyciu preparatu do dezynfekcji skóry. Zastosowano znieczulenieZdezynfekowano zmianę po usunięciu.

Zastosowane leki:

Cicabiokrem.....

Inne.....

Zalecono:

Leki-

Kontrolę za-

Zabieg przeprowadzono używając jednorazowych narzędzi.

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