

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY OPERACJĘ WYCIĘCIA KŁYKCIN KOŃCZYSTYCH ZA POMOCĘ LASERA DIODOWEGO

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) _____ PESEL _____

Operacja może być przeprowadzana w znieczuleniu miejscowym lub w znieczuleniu ogólnym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłaniach udzieli lekarz podczas badania). Planowany u Pani/Pana zabieg polega na wycięciu powstałych zmian przy użyciu wiązki lasera diodowego. Zastosowanie lasera daje możliwość bardzo precyzyjnego cięcia i jednocześnie hemostazy (hamowania krwawienia). Należy nadmienić, że w części przypadków zmiany mogą nawracać, co związane jest z utrzymywaniem się infekcji wirusowej. Nie można więc wykluczyć w przyszłości konieczności ponownego wykonywania zabiegu chirurgicznego z tej przyczyny. Ponadto w przypadku rozległych zmian chorobowych może wystąpić konieczność leczenia kilkusetapowego. Jednak w przeważającej części przypadków zabieg wykonuje się jednorazowo z pełnym efektem wyleczenia.

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

W trakcie zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów, w tym zwieraczy odbytu
- przedłużone gojenie się rany, zaburzenia gojenia rany, wymagające ponownej interwencji chirurgicznej, hospitalizacji, gorszego efektu kosmetycznego;
- infekcje innych układów, w szczególności układu moczowego oraz oddechowego;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;

- alergię na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- duże i zniekształcające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;
- uszkodzenia gałązek nerwów skórnych, powodujące czasowe lub stałe zaburzenia czucia okolicy blizny pooperacyjnej.

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się rozwiązać Pani/Pana wszystkie wątpliwości.

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 poinformowany/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. W razie wystąpienia podczas operacji powikłań wyrażam zgodę na przetransportowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Warszawa, _____,
Data i godzina

podpis Lekarza

podpis Pacjenta