

## **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE SKLEROTERAPII GUZKÓW KRWAWNICZYCH ODBYTU**

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

PESEL \_\_\_\_\_

Hemoroidy są anatomiczną, prawidłową i całkiem normalną strukturą odbytu, która uszczelnia kanał odbytu i kontroluje wydalanie. Kiedy jednak dochodzi do rozciągania wypełnionych krwią guzków, a naczynia ulegną obrzękowi i przerośnięciu, wówczas możemy mówić o chorobie hemoroidalnej, określanej potocznie jako żylaki odbytu oraz guzki krwawnicze.

Skleroterapia jest jedną z małoinwazyjnych metod leczenia choroby hemoroidalnej. Polega na ostrzykiwaniu hemoroidów substancją sklerotyzującą (polidokanol), która powoduje zwóknienie, obkurczenie i zamknięcie ostrzykniętej tkanki hemoroidalnej. Do zabiegu wykorzystywany jest videoanoskop dzięki któremu procedura wykonywana jest pod kontrolą wzroku.

Zabieg nie wymaga znieczulenia, jest praktycznie bezbolesny (wkłucia dokonuje się w strefie pozbawionej zakończeń nerwowych), pacjent odczuwa tylko nieznaczny dyskomfort. Po zabiegu pacjent może kontynuować pracę i normalnie funkcjonować. Jest to metoda skuteczna, dająca efekty o blisko 90% chorych. Do nawrotów choroby dochodzi rzadko.

Skleroterapia jest zabiegiem bezpiecznym o minimalnym ryzyku wystąpienia powikłań takich jak :

- wstrząs anafilaktyczny
- martwica ściany odbytnicy
- zmian zapalnych
- ropni
- owrzodzeń
- krwawienia
- bliznowacenie anodermmy
- nietrzymanie stolca spowodowane zaburzeniami różnicowania między gazową, płynną i stałą treścią jelitową.
- bólu

Przeciwwskazaniami do zabiegu są:

- Obecność żylaków IV
- obecność aktywnych ostrych procesów zapalnych
- zakrzepica naczyń kończyn dolnych
- ciąża i okres laktacji
- wada serca
- nowotwór

### Oświadczenie Pacjenta:

W pełni zrozumiałe(a)m informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i po rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie wymagania co do informacji na temat:

- Rozpoznania
- Proponowanych oraz alternatywnych metod leczenia
- Dających się przewidzieć następstw zastosowania skleroterapii oraz ryzyka z nią związanego
- Ostatecznych wyników skleroterapii.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu skleroterapii guzków krwawniczych odbytu.

Warszawa, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Data i godzina

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

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