

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA ZABIEG KRIOTERAPII**

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

3. RODZAJ ZABIEGU : krioterapia zmian skórnych

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO ZABIEGU

Zmiany skórne typu : brodawki / włókniak/ mięczaki/ naczyniaki

5. PROPONOWANA METODA ZABIEGU

Wymrażanie to bezkrwawa metoda usuwania zmian skórnych polegająca na miejscowym, kontrolowanym niszczeniu tkanki przez jej zamrażanie za pomocą ciekłego azotu.

Alternatywne metody leczenia : operacyjne usunięcie zmiany, usunięcie zmiany z pomocą plazmy/lasera/elektrokoagulacji.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

Usunięcie zmian skórnych.

Po wygojeniu się może pozostać blizna oraz zniekształcenie powieki oraz może dojść do odnowienia się zmiany, co będzie skutkowało koniecznością reoperacji
Czasami konieczne jest powtórzenie procedury – w celu utrwalenia efektu leczenia.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- zakażenie pola zabiegowego
- bolesność, dyskomfort, pieczenie, swędzenie, obrzęk, rumień, stwardnienie, zasinienie
- przebarwienie skóry
- w okresie po zabiegu może także powstać pęcherz lub drobna rana (czas wygojenia wynosi od kilku do kilkunastu dni).
- brak wzrostu rzęs w miejscu wykonanej krioterapii
- blizny zanikowe i przerosłe, bliznowiec

8. ROKOWANIE

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: progresja zmian miejscowych

9. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani/n zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza zatrudnionego w naszym Ośrodku
Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA ZABIEGOWEGO

.....
.....

**11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU
WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

Przy braku Pani/a zgody zabieg musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia.

12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

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

- rozpoznanie
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia
- rokowania
- ewentualnego leczenia pozabiegowego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

**Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)
zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu krioterapii**

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

data podpis lekarza

podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

.....

.....

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg .

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data podpis lekarza

podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna

.....

.....

Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu

.....

data podpis lekarza