

Formularz świadomej/aktywnej zgody Pacjenta

Imię i nazwisko: _____

Adres z kodem pocztowym: _____

PESEL: _____

Rozpoznanie _____

Proponowany zabieg: _____

Ja niżej podpisany(a), potwierdzam, że w czasie rozmowy z lekarzem Kliniki w Klaudynie została mi wyjaśniona istota choroby oraz przedstawiono mi sposoby jej leczenia.

Zostałem(am) uświadomiony(a) na czym będzie polegać leczenie operacyjne i jakie w związku z nim mogą wystąpić powikłania i zagrożenia oraz jakie jest rokowanie na przyszłość. Zostałem(am) także poinformowany(a), że gdyby sytuacja tego wymagała lekarz może zmodyfikować zabieg lub wykonać zabieg dodatkowy zgodnie z potrzebami i zasadami wiedzy medycznej. Jestem świadomy(a), że ostateczny wynik leczenia zależy nie tylko od zmian chorobowych w operowanym narządzie, ale również od stanu ogólnego pacjenta. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich badań diagnostycznych i laboratoryjnych niezbędnych do przeprowadzenia operacji.

Zostałem/łam poinformowany/na przez dr _____ o możliwości wystąpienia niepożądanych efektów zabiegu laserowej operacji żyłaków takich jak: krwiaki na przebiegu zamykanej żyły, zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie żył powierzchniowych oraz przedłużony czas odczuwania bólu do 2 tygodni występujące u 5% pacjentów poddanych tej metodzie leczenia.

Wśród poważniejszych powikłań mogą wystąpić: zakrzepica żył głębokich (poniżej 2%), oparzenia skóry (poniżej 1%), uszkodzenia nerwów obwodowych (poniżej 0,6%). Ostatnie powikłanie dotyczy głównie nerwów czuciowych, których uszkodzenie objawia się niewielkimi polami zaburzeń lub braku czucia na skórze. Niezwykle rzadko dochodzi do uszkodzenia nerwów ruchowych lub uszkodzenia naczyń głębokich kończyny. Powikłania takie występują w setnych częściach procenta.

Skuteczność laserowej operacji oceniana jest na podstawie dostępnego piśmiennictwa na 95-98%.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym przez ostrzyknięcie roztworem znieczulającym całego odcinka zamykanej żyły. Informuję, że nie miałam/miałem objawów uczulenia na środki miejscowo znieczulające. Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpującą odpowiedź na wszystkie moje pytania i proszę o wykonanie koniecznego zabiegu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych i numery PESEL dla potrzeb statystyki medycznej.

Informuję, iż zostałem(am) poinformowany(a) o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu.

Klinika w Klaudynie Sp. z o.o.

ul. Karola Kurpińskiego 15, 05-080 Klaudyn

Tel.: +48 22 721 81 05; GSM +48 510 147 711

contact@klaudyn.pl

www.klaudyn.pl

Ewentualne uwagi Pacjenta

Opiekun prawny:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Adres _____

data, podpis Pacjenta: _____