

## Formularz świadomej/aktywnej zgody Pacjenta

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Rozpoznanie \_\_\_\_\_

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 scleroterapia 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.

Zostałem/łam poinformowany/na przez dr Marcina Trochimczuka o możliwości wystąpienia niepożądanych łagodnych efektów scleroterapii takich jak: krwiaki na przebiegu zamykanej żyły, zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie żył powierzchownych oraz martwica skóry w miejscu iniekcji (0,01-0,1%), przetrwałe przebarwienia ponad 3 mce (1-10%), matting (drobne pajęczki wtórne 1-10%), alergia skórna (do 0,01%), suchy kaszel (do 0,01%), zaburzenia wzrokowe przemijające lub migrena przy zastosowaniu piany (0,1-1%), miejscowe zaburzenia czucia (przy zastosowaniu piany 0,01-0,1%).

Wśród poważniejszych powikłań mogą wystąpić: zakrzepica żył głębokich (0,01-1%), rozległa martwica skóry skóry (b. rzadkie przypadki opisane w literaturze), uszkodzenia nerwów obwodowych ruchowych (b. rzadkie przypadki opisane w literaturze), udar mózgu lub przemijające niedokrwienie mózgu (b. rzadkie przypadki opisane w literaturze), zatorowość płucna (b. rzadkie przypadki opisane w literaturze), wstrząs uczuleniowy (b. rzadkie przypadki opisane w literaturze). Skuteczność skleroterapii oceniana jest przy powtarzanych sesjach na 80-90% poprawy wizualnej.

Zabieg wykonywany jest przez ostrzyknięcie roztworem lub pianą z detergentu o odpowiednim stężeniu odcinka zamykanej żyły oraz dróg wypełniania naczyń. Informuję, że nie miałam/miałem objawów uczulenia na środki sklerotyzujące (Polidokanol).

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.

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykonanie zdjęć okolic leczonych skleroterapią w celu oceny wyników leczenia. [ parafka]

Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności stosowania terapii uciskowej przez 2-3 tygodni.

Ewentualne uwagi Pacjenta

\_\_\_\_\_  
data, podpis Pacjenta:

**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](mailto:contact@klaudyn.pl)

[www.klaudyn.pl](http://www.klaudyn.pl)