



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

NA WYKONANIE ZABIEGU KRIOCHIRURGII

I. INFORMACJE MEDYCZNE

1) Wskazania do -wykonania zabiegu kriochirurgii

Oświadczam, że zostałam poinformowana, że wskazaniem do wykonania zabiegu kriochirurgii jest w moim przypadku leczenie (proszę wpisać nazwę konkretnej zmiany, np. kurzajka, brodawka, nagniotek, inne) w okolicy

2) Przebieg zabiegu kriochirurgii

Zabieg kriochirurgiczny polega na tym, że na zmianę, którą chcemy usunąć stosuje się podtlenek azotu za pomocą głowicy aparatu kriochirurgicznego, celem zamrożenia chorobowo zmienionego miejsca.

3) Następstwa

Spodziewanymi następstwami zabiegu kriochirurgii jest usunięcie zmiany....., któremu towarzyszy zazwyczaj ból, mogący pojawić się już w trakcie zabiegu, obrzęk i niewielkie krwawienie.

4) Powikłania

Do powikłań zabiegu kriochirurgicznego zalicza się: omdlenie, zakażenie miejsca zabiegu, gorączkę, przebarwienia pozabiegowe, pojawienie się prosaków na obwodzie pola mrożenia, zaburzenia czucia.

Do trwałych powikłań zabiegu kriochirurgicznego zalicza się: powstanie ziarniniaka naczyniowego w miejscu zamrażania, odbarwienia, wyłysienia (w przypadku zabiegów na głowie), powstania blizn pozabiegowych.

5) Inne ważne informacje

W przypadku jakichkolwiek niepokojących objawów prosimy o pilny kontakt z lekarzem, wykonującym zabieg kriochirurgii, lub z naszą przychodnią.

II. ŚWIADOMA ZGODA

W dniu rozmawiałam/em ze specjalistą dermatologiem, który przekazał mi informacje wskazane w formularzu świadomej zgody na wykonanie zabiegu kriochirurgicznego oraz umożliwił mi zadanie pytań, na które uzyskałam/em satysfakcjonujące odpowiedzi. W pełni zrozumiałam/em wszystkie informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Nie mam wątpliwości, że chcę się poddać zabiegowi kriochirurgicznemu, będąc świadomą/mym wszystkich wad i zalet tej metody.

.....

.....

Data i Podpis Pacjenta

Podpis Lekarza