Świadoma zgoda na przeprowadzenie zabiegu ostrzykiwania blizn i keloidów starydami

WSKAZANIA

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u Pani/a.....

.....

.....

PROPONOWANA METODA LECZENIA

Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją u Pani/wskazania do zabiegu z użyciem preparatu .....

Niektóre blizny robią się wypukłe, swędzące i bolesne, są one nazywane bliznami przerosłymi. Blizny te nie rozrastają się poza miejsce pierwotnego uszkodzenia skóry. Za to bliznowce różnią się tym od blizn przerosłych, że przerastają poza miejsce pierwotnego uszkodzenia szerząc się na niezmienioną tkankę powodując powstanie bliznowatych odnóży. W miejscu blizn przerosłych i keloidów dochodzi do produkcji nadmiernej ilości tkanki pozakomórkowej co powoduje zgrubienie i rozrost blizny. Do powstania takich blizn predysponuje przedłużone gojenie się rany, nadmierne napięcie skóry w okolicy blizny czy predyspozycje genetyczne. Okolice ciała o zwiększnym ryzyku powstania tego typu blizn są okolica przedmostkowa, barki, kark czy uszy. W celu uleczenia blizn przerosłych czy keloidów stosujemy preparaty sterydowe w formie iniekcji bezpośrednio w bliznę co powoduje zahamowanie rozrostu, spłaszczenie blizny, ustąpienie swędzenia czy bolesności.

Terapię można łączyć z innymi zabiegami takimi jak leczenie laserami frakcyjnymi czy naczyniowymi. W przypadkachopornych bliznowców możemy połączyć leczenie z podaniem 5-uorouracylu (5-FU) w iniekcji w bliznę.

Po znieczuleniu i odkażeniu skóry za pomocą strzykawki z małą igłą podawany jest bezpośrednio w zmianę roztwór sterydowy. Zależnie od wielkości blizny przerosłej / bliznowca podawane są różne stężenia preparatu .

Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym . Pomimo znieczulenia odczuwany jest dyskomfort w trakcie zabiegu.

Pierwsze efekty zabiegu będą widoczne po 1-2 tygodniach po zabiegu i polegają na zmiękczeniu i spłaszczeniu blizn. Po serii zabiegów efekt jest stały , jednak u części pacjentów zdarzają się ponowne przerosty blizn co wymaga przedłużenia terapii.

W celu spłaszczenia blizn należy wykonać od 1-8 zabiegów w zależności od wielkości zmiany i reakcji na jej leczenie . Zabiegi wykonywane są w odstępach 3-4 tygodniowych.

PRZECIWWSKAZANIA

- ciąża i okres karmienia piersią

- choroby nowotworowe

- infekcje skóry w miejscu zabiegu

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.
Do możliwych powikłań i działań niepożądanych należy zaliczyć:

- zaczerwienienie ,

- pojawienie się nowych naczyń w bliźnie,

- zanik skóry i tkanki podskórnej,

- przebarwienia lub odbarwienia,

- infekcje

- nawrót blizn przerosłych i bliznowców

ROKOWANIE

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani/u leczenia nie zdarzają się. Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej terapii z użyciem kwasu hialuronowego w Pani/a przypadku jest:

duże średnie ograniczone

POSTĘPOWANIE PO ZABIEGACH

Po zabiegu, w miejscu wkłucia może być widoczne przez kilka godzin niewielkie zaczerwienienie. Siniaki mogą powstać nawet przy wzorcowo przeprowadzonym zabiegu na skutek naruszenia śród- lub podskórnego naczynia krwionośnego. Zaleca się stosowanie plastrów sylikonowych na bliznę przez 23 h na dobę bądź żeli sylikonowych 2-3 x dziennie przez kilka miesięcy. W większości przypadków wymagane jest stosowanie ubrań uciskowych do presoterapii. Dodatkowo nie zaleca się opalania blizn w trakcie terapii i zaleca się stosowanie ltrów przeciwsłonecznych SPF 50 na bliznę.

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA; ZASTRZEŻENIA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z 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 panią/em dr ..... spełnione zostały moje wszelkie wymagania co do informacji na temat rozpoznania, mojego stanu zdrowia, przebiegu leczenia, konieczności i sposobu przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu (w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem

poddawana) rodzaju i czasie trwania zabiegu , sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku oraz następstwach zastosowania tego rodzaju terapii.

Świadoma/y jestem wyników leczenia, rokowania oraz ewentualnego postępowania w okresie pozabiegowym, (koniecznych wizytach konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu, leczeniu farmakologicznym, jeśli zalecono), negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem lub spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza. Zapoznałam/em się z możliwością wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz możliwym przebiegiem gojenia.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia, znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu na wykonanie dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym miejscu uwzględni także pewne stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w trakcie kwalifikowania do operacji.

W przypadku zaistnienia powikłań nie będących błędem leczniczym operatora i/lub lekarza wyrażam zgodę na dodatkowy zabieg/operację i zobowiązuję się do pokrycia jej kosztów.

Upoważniam lekarzy leczących do przekazywania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia wymienionym przez mnie osobom.

Upoważniam zespół KLINIKA PROMIENISTA do wykonywania dokumentacji fotograficznej i/lub video.

Zgadzam się bez zastrzeżeń na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

……

……

……

……

oraz na 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: …… lekarz: ……

Lp	Imię i nazwisko	Data zabiegu	Podpis pacjenta