

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG USUWANIA ŻYLAKÓW

Ja niżej podpisana (y)
urodzona (y)
zamieszkała (y).....
tel.
po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzona (y) o możliwych powikłaniach śród – i po zabiegowych, wyrażam zgodę na zabieg:
.....
.....
mojej osoby w dniu

Medycyna to nie tylko wiedza, ale również w pewnej części niewiadoma. Postępując zgodnie ze sztuką lekarską, według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności, lekarz nie może zagwarantować uzyskania idealnego wyniku operacji. Jakkolwiek niewielka możliwość niepowodzenia lub pogorszenia stanu podczas pierwszego zabiegu, jednak istnieje. Co za tym idzie należy brać pod uwagę konieczność wykonania dodatkowych zabiegów w celu uzyskania zadowalającego stanu.

Uzyskany efekt, w pierwszej kolejności ma dotyczyć naprawy (poprawy) przepływów żylnych tak, aby były one jak najbardziej zbliżone do fizjologicznego, aby nie następowało dalsze pogarszanie się dobrostanu chorego, następnie stanu wizualnego kończyn.

Decydując się na zabieg usunięcia żylaków, rozumiem, że decyduję się również na ryzyko związanych z nim powikłań. Wiem, że prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest wprawdzie minimalne, jednak musi być brane pod uwagę przy wrazeniu zgody na zabieg.

Powikłania po zabiegu:

- choroba zatorowo – zakrzepowa żył kończyn dolnych
- stany zapalne i zakażenie
- krwotok (wymaga ponownej interwencji chirurgicznej)
- neoangiogeneza – powstanie drobnych pajączków naczyniowych
- opóźnione gojenie się rany
- blizny przerostowe lub szerokie w miejscu zakładania kaniuli
- bliznowiec
- trwałe lub przejściowe przebarwienia skóry na przebiegu żylaków.

Rozumiem również, że po mimo wcześniejszego ustalenia z lekarzem szczegółów zabiegu, podczas jego trwania, może wystąpić konieczność dokonania zmian takich jak:

- odstąpienie od operacji
- zmiana sposobu wykonania operacji
- odstąpienie od części zaplanowanej operacji
- wykonanie dodatkowych nacięć skóry
- założenie innych niż zaplanowane szwów.

Decyzję o zmianach podejmuje lekarz, kierując się dobrem pacjenta.

Po zabiegu usunięcia żylaków kończyn dolnych w zależności od metody – EVLT / EVRF / Kriostreping / Flebectomia / Skleroterapia - w znakomitej większości przypadków występują **typowe dla okresu pozabiegowego objawy miejscowe:**

- obrzęk
- zasinienie
- przeczulica lub niedoczulica obszaru graniczącego z żyłkami
- ból

- wycieki krwistego płynu w opatrunki
- zbrązowienia na przebiegu zamykanych żył

Wszystkie te objawy ustępują w krótkim okresie

Po (EVRF / EVLT / Kriostreepingu / Skleroterapii) konieczne jest przestrzeganie zaleceń, zawartych w karcie wypisowej, oraz ustnych wydanych przez: chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę operacyjną dotyczących:

- przyjmowania leków
- postępowania po zabiegowego
- noszenia uciskowych opasek na nogach
- zaleconych kontroli w pierwszych 2 tyg. po 1m-cu. i po 6 m-cach.
- informowania lekarza najszybciej jak to możliwe o wystąpieniu niepokojących objawów

Choroba żyłakowa kończyn dolnych, to przede wszystkim zaburzenia sprężystości ścian żył, ich wytrzymałości na rozciąganie pod wpływem ciśnienia krwi. Wraz z zabiegiem nie da się tej złej tendencji wyeliminować lub zmniejszyć, co oznacza w praktyce możliwość nawrócenia w pewnym stopniu żyłaków. Skutecznymi metodami spowalniania nawrotów są: wyroby przeciwżyłakowe (prawidłowo dobrane), utrzymanie odpowiedniego BMI poprzez aktywność fizyczną, higieniczny tryb życia.

Oświadczam, że zapoznałem się z rodzajem zabiegu znam jego zalety i wady, możliwe powikłania oraz przebieg okresu pozabiegowego, a także inne możliwe metody zabiegu. Zostałam (em) poinformowana (y), że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. W trakcie rozmowy zadałam (em) wszelkie interesujące mnie pytania dotyczące zabiegu. Wyjaśnienia zrozumiałam (em) i innych pytań nie mam. Moja zgoda jest dobrowolna i świadoma.

Oświadczam, że nie zataiłam (em) przed lekarzami żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na publikacje/przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne zespołu leczącego.

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

*- właściwie zakreślić