

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG

Z UŻYCIEM LASERA DIODOWEGO

Imię i nazwisko

Rodzaj zabiegu/ lokalizacja:

Data zabiegu:

Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Informacje ogólne o zabiegu:

Działanie lasera diodowego opiera się na zasadzie selektywnej fototermolizy. Powoduje ona pochłanianie wiązki lasera o określonej długości fali przez określone chromofory (fotoakceptory) znajdujące się w organizmie człowieka. W przypadku usuwania naczyń fotoakceptorem, który absorbuje promieniowanie lasera diodowego jest hemoglobina, czyli barwnik znajdujący się w krwinkach czerwonych i ścianach naczyń krwionośnych. Energia wiązki laserowej pochłaniana przez erytrocyty powoduje obkurczenie i zamknięcie naczynia krwionośnego. Laser koncentruje emitowaną energię na leczonej tkance, dzięki czemu nie uszkadza innych struktur (np. naskórka).

Opis przebiegu proponowanej procedury / zabiegu

W trakcie zabiegu odczuwany jest tylko niewielki dyskomfort, dlatego najczęściej zabieg nie wymaga znieczulenia. Pacjent odczuwa impulsy jako pieczenie skóry. Zabieg wiąże się z szybką i mało problematyczną rekonwalescencją.

Efekty zabiegu są natychmiastowe i polegają na zamknięciu naczynia. Aby osiągnąć trwały efekt zabieg może wymagać kilku powtórzeń – w zależności od głębokości i rozległości leczonych zmian. Całkowite zblednięcie naczynia występuje najczęściej 3 – 8 tygodni od zabiegu.

Kolejne zabiegi, jeśli są konieczne, są wykonywane w odstępach 3-6 tygodni.

Dalsza opieka pozabiegowa sprawowana jest ambulatoryjnie. Częstotliwość wizyt ustala lekarz opiekujący się Panią/Panem w poradni. Konieczna jest ścisła współpraca z lekarzem po zabiegu.

Powyższy opis dotyczy niepowikłanego i standardowego przebiegu zabiegu oraz okresu pozabiegowego.

Powinniście Państwo być świadomi, że zabieg jest zawsze związany z ryzykiem powikłań, zarówno tych wymienionych w dalszej części tej zgody, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia

Wskazania do zabiegu:

- ✓ popękane naczynia krwionośne
- ✓ poszerzone podskórne naczynia krwionośne np. na skrzydełkach nosa
- ✓ pajęczki i teleangiektazje
- ✓ nawracający rumień
- ✓ naczyńki płaskie
- ✓ naczyńki rubinowe
- ✓ naczynek/jeziorko żylne
- ✓ wargi górnej i dolnej

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu i możliwe powikłania:

Pomimo dużego doświadczenia i staranności ze strony zespołu zabiegowego w czasie zabiegu i po nim może dojść do powikłań, które przeważnie są natychmiast rozpoznawane i leczone. Wymienione powikłania mogą pojawić się w przebiegu pozabiegowym u każdego pacjenta, jednak ich ogólna częstość nie jest wysoka. Ich liczba zwiększa się u chorych na cukrzycę, pacjentów powtórnie operowanych i osób otyłych.

- zaczerwieniony i opuchnięty przez dwie do dwudziestu czterech (2 – 24) godzin lub dłużej
- czasowe zaczerwienienie (rumień) lub niewielkie poparzenie przypominające oparzenie słoneczne, które może utrzymywać się od kilku godzin do 3–4 dni lub dłużej
- tworzenie się strupów, podrażnienie, łuszczenie się, zasinienie, zaczerwienienie, wrastanie włosów, swędzenie, ból, poparzenia, opuchlizna, przerwanie naczyń krwionośnych, ciemnienie skóry

- nawrót trądziku lub opryszczki
- istnieje również ryzyko niesatysfakcjonującego wyglądu skóry oraz nieosiągnięcia pożądaných rezultatów.
- Zmiana kolorytu skóry, w tym hipopigmentacja (rozjaśnienie skóry) lub hiperpigmentacja (ciemnienie skóry) trwająca od jednego do sześciu (1–6) miesięcy lub dłużej, może utrzymać się na stałe.
- Piegi i inne przebarwienia mogą czasowo lub trwale zniknąć w obszarach poddawanych zabiegowi.
- rzadkie, ale możliwe i mogą należeć do nich tworzenie się blizn, zakrzepy krwi, utrata skóry, krwiaki podskórne oraz reakcje alergiczne na leki lub materiały stosowane podczas zabiegu.

Przeciwwskazania do zabiegu:

- Nowotwory złośliwe w ciągu 5 lat
- Ciąża i karmienie piersią
- świeża opalenizna lub stosowanie samoopalacza (w ciągu 4 tygodni)
- choroby autoimmunologiczne w fazie zaostrzenia np. bielactwo, łuszczyca
- padaczka (względnie)
- cukrzyca rozchwiana (względnie)
- rozrusznik serca, metalowe implanty, pompa insulinowa (względnie)
- skłonność do bliznowców i przebarwień
- przyjmowanie suplementów fotouczulających, antybiotyków, leki przeciwdepresyjne, retinoidów np. izotretynoina, adapalen, differin, acutan (w ciągu 6 miesięcy)
 - zioła światłouczulające – **bratek, dziurawiec, skrzyp, rumianek, nagietek** – 2-3 tygodnie przed zabiegiem
 - maści z witaminą A lub jej pochodnymi – odstawić 5-7 dni przed zabiegiem
 - sterydy miejscowe i ogólne ○ krótki okres po operacji chirurgicznej
 - aktywne infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze – aktywna opryszczka
 - obniżenie odporności organizmu
 - aktywny stan zapalny skóry lub różowaty trądzik

Pielęgnacja po zabiegu:

- Powierzchnię zabiegową myć czystą wodą ewentualnie żelem bezmydłowym/ tonikiem bezalkoholowym
- Stosować kosmetyki łagodzące Bepanten, Alantan, Panthenol (przed nałożeniem nowej warstwy należy zmyć wodą poprzednio nałożoną)
- Nie stosować kosmetyków na obszar zabiegowy typu balsam
- Delikatnie osuszać skórę, nie trzeć
- Fotoprotekcja UVA UVB o wysokim wskaźniku ochrony, najlepiej 50 SPF
- Unikać preparatów złuszczących minimum 4 tygodnie
- Unikanie ekspozycji na słońce oraz opalania w solarium (4 tygodnie po zakończonej serii)
- Niekorzystanie z sauny i basenu (minimum 1 tydzień)
- Unikanie aktywności fizycznej (do 2 dni po zabiegu)
- Nie zdrapywać strupków
- Nie wykonywać dodatkowych zabiegów na daną partię ciała
- Unikać stosowania dodatkowych preparatów pielęgnacyjnych

Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające:

W trakcie zabiegu może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem.

- Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pozabiegowym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.
- Dodatkowe leczenie w przypadku wystąpienia powikłań tzn. wykonanie dodatkowej procedury lub zastosowanie innego leczenia.
- Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko, należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę ich wyniku.

Pytania pacjenta do rozmowy wyjaśniającej: Proszę wpisać wszystkie pytania jakie ma Pani/ Pan do lekarza.

.....
.....
Uwagi lekarskie do rozmowy wyjaśniającej : (Np. ryzyko indywidualne i możliwe komplikacje, postępowanie wtórne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody co do transfuzji, możliwe skutki ujemne w przypadku odmowy lub przesunięcia terminu zabiegu, podstawy pacjenta do odmowy sposób dalszej opieki)

.....
.....
OŚWIADCZENIA PACJENTA:

- 1) Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na przeprowadzenie w/w zabiegu. Biorę pod uwagę zarówno korzyści, jak również ryzyka związane z zabiegiem. Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia w trakcie zabiegu omówionego ze mną przez lekarza.
- 2) Zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) o: przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu, technice i metodzie przeprowadzania zabiegu, pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu, objawach jakie mogę wystąpić podczas i po zabiegu, przewidywanym okresie utrzymywania się rezultatów zabiegu, średniej ilości zabiegów, której wykonanie niezbędne jest do osiągnięcia i utrzymania efektów
- 3) Zostałem(am) poinformowany(a), że ilość zabiegów oraz ich efekty nie są identyczne dla każdego pacjenta i że uzależnione są od: postępowania pozabiegowego oraz indywidualnych predyspozycji.
- 4) Zostałem poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanych efektów zabiegu jest niemożliwe oraz przyjmuję to ryzyko.
- 5) Jestem świadomy(a), że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem — mieszczącym się w granicach skali, o której zostałem uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.

- 6) Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe przyjmuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
- 7) Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonanym zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
- 8) Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
- 9) W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.
- 10) Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłem żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Oświadczam , iż zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami do zabiegu zawartymi w niniejszej ankiecie, a także omówionymi z lekarzem i potwierdzam, iż przeciwwskazania takie u mnie nie występują.
- 11) Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed zabiegiem oraz na każdej wizycie kontrolnej celem załączenia do karty pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu. Nie ma gwarancji, że oczekiwane lub spodziewane rezultaty zostaną osiągnięte.

Otrzymałam zalecenia pozabiegowe.

.....

.....

data i podpis lekarza

data i podpis pacjenta