

ZAŁĄCZNIK NR 2  
INFORMACJA O ZABIEGU LASEROWYM

Imię i nazwisko pacjenta.....  
Adres zamieszkania.....  
Data urodzenia.....  
PESEL.....  
Rodzaj planowanego zabiegu.....  
.....

Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu z wykorzystaniem lasera CO2, ryzyku zabiegu oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytała te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Informacje ogólne – Charakterystyka zabiegu laserowego

Wskazania :

Zabieg laserowy z wykorzystaniem lasera CO2 służy do usuwania łagodnych zmian skórnych, spłykania zmarszczek, przebarwień i blizn. Zabieg ten może być wykonywany jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi zabiegami medycyny estetycznej. Procedura wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym maścią EMLA lub podobną i polega na naświetleniu światłem lasera danego obszaru skóry.

Alternatywne sposoby leczenia :

Alternatywne postępowanie może polegać na: wykonaniu pilingu głębokiego, dermabrazji, naświetlania światłem spolaryzowanym i innych.

Celem proponowanego zabiegu jest:

.....  
.....

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

1. Blizny – wyjątkowo rzadko może dojść do bliznowacenia po zabiegu laserowym..

Podpis Pacjenta

2. Przebarwienia skóry/obrzęk – zaczerwienienie skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po zabiegu laserowym. Skóra w okolicy poddanej zabiegowi może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.
3. Rzadko dochodzi do przedłużającego się stanu zapalnego miejsca poddanego zabiegowi.
4. Ból po zabiegu ustępuje po paru godzinach – Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po zabiegu laserowym. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Podpis Pacjenta

### Czynniki ryzyka związane z wprowadzeniem nici liftingujących

Każde leczenie obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji obwisłości skóry powiek. Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu leczonych tkanek. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem plastykiem aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje zabiegu.

1. Infekcja jest bardzo rzadkim powikłaniem. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków i stosowaniu antyseptyków.
2. Po zabiegu może utrzymywać się obrzęk do ok. 4 tygodni.
3. Rzadko występują przedłużające się dolegliwości bólowe lub drętwienie miejsc poddanych zabiegowi.
4. Reakcje alergiczne – Rzadko występują reakcje alergiczne na preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
5. Znieczulenie – miejscowe maścią EMLA jest stosunkowo bezpieczne, wyjątkowo rzadko może dojść do uczulenia.
6. Informacja o leczeniu trądziku tretinoiny – Proszę poinformuj czy w ostatnich 12 miesiącach przyjmowałaś/eś doustne preparaty tretinoiny, leki te mogą nasilać bliznowacenie po zabiegu.
7. Przy usuwaniu zmian guzowatych należy pamiętać, że niemożliwe staje się badanie histopatologiczne usuwanej zmiany i może dojść do jej ponownego wzrostu.
8. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
9. Palenie papierosów – Pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko na wystąpienie chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może u pacjenta dochodzić do efektów ubocznych w postaci kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem.

Podpis Pacjenta

Proszę o wybór prawidłowego stwierdzenia poprzez wstawienie symbolu „x” we wskazanym miejscu poniżej:

\_\_\_\_\_ Nie palę papierosów. Zrozumiałam/-em, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.

\_\_\_\_\_ Palę papierosy. Zrozumiałam/-em ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania spowodowane paleniem papierosów. Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tyg. przed operacją aż do zakończeniu procesu gojenia.

Podpis Pacjenta

### Powikłania z winy pacjenta :

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pozabiegowych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne,
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety,
4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

### 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.

### Konieczne dodatkowe leczenie

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowego zabiegu 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 wyniku pierwotnej operacji.

### Zastrzeżenia Pacjenta/Pacjentki

.....  
.....

### Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że pan dr R. Jamont przeprowadził ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pozabiegowego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu laserowego, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas zabiegu i po, opieki pozabiegowej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący.

Otrzymałam zalecenia pooperacyjne.

Podpis Pacjenta

OŚWIADCZENIE  
ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG LASEROWY

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego : Laser CO2 ok

.....

Rodzaj planowanego znieczulenia : miejscowe

Ja niżej podpisana/y...../imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ( Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3 ) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr Roberta Jamonta, planowanego, wyżej opisanego zabiegu laserowego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: świadoma zgoda na zabieg laserowy, wywiad epidemiologiczny oraz zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnionym samodzielnie wywiadem epidemiologicznym, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego oświadczenia.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/y o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.

Podpis Pacjenta

8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją o zabiegu laserowym, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Podpis Pacjenta

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pozabiegowej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pozabiegowego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu, stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz 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 wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pozabiegowych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 4 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pozabiegowych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam/em ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Podpis Pacjenta

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Podpis Pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest.....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

Podpis Pacjenta oraz data.

Podpis Lekarza oraz data.

## POOPERACYJNE ZALECENIA PO ZABIEGU LASEROWYM

1. Przemycanie skóry poddanej zabiegowi roztworem soli fizjologicznej lub dedykowanym płynem micelarnym.
2. W razie dolegliwości bólowych Ibuprofen 3x1 tabl przez 2-3 dni.
3. Nakładaniem preparatów przyspieszających gojenie: Cicaplast, Cicatridina, Cetaphil , kilka razy dziennie.
4. Konieczne jest wysokie ułożenie głowy przez 48 godzin po zabiegu w celu zmniejszenia obrzęków. Proszę stosować opatrunki chłodzące w okolicy oczu w ciągu 48 godzin po zabiegu.
5. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
6. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk miejsc poddanych zabiegowi.
7. Zakaz wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych przez okres 2 tygodni.
8. Nie pływaj przez 2 tygodnie.
9. Na zasinione miejsca można stosować krem Auriderm XO lub żel z Arniki 2-3 razy dziennie.
10. Przez 6 tygodni stosować kremy z filtrem 50 SPF

Podpis Pacjenta i data

Podpis Lekarza i data