



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU OSTRZYKNĘCIA SKÓRY PREPARATEM TRIAMCYNOLONU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani _____

Zmiany te mają charakter przewlekły, prowadzą do defektu wizualnego (np. trwałej utraty włosów) oraz mogą być przyczyną dolegliwości bólowych, świądu i dyskomfortu pacjenta.

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Planowany zabieg polega na **ostrzyknięciu zmienionej chorobowo skóry preparatem zawierającym triamcynolon (glikokortykosteroid o silnym działaniu przeciwzapalnym)**. Lek podawany jest bezpośrednio do skóry lub blizny za pomocą cienkiej igły w kilku punktach w obrębie zmian.

W większości przypadków zabieg ten nie wymaga dodatkowego znieczulenia, jednak na życzenie pacjenta może być zastosowany krem znieczulający miejscowo lub schłodzenie skóry w celu zmniejszenia odczuwalnego dyskomfortu.

Oczekiwane korzyści z zabiegu:

- zahamowanie procesu zapalnego w obrębie skóry,
- zmniejszenie świądu, bólu i dolegliwości związanych z chorobą,
- ograniczenie progresji łysienia bliznowaciejącego i liszaja płaskiego mieszkowego,
- spłaszczenie i zmiękczenie blizny przerosłej,
- redukcja zmian skórnych w przebiegu świerzbieżki guzkowej,
- odrost włosów w łysieniu plackowatym
- zmniejszenie dyskomfortu psychicznego.
- poprawę komfortu pacjenta.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu w miejscu podania leku może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk, tkliwość lub niewielkie zasinienie. Objawy te mają charakter przejściowy i zwykle ustępują samoistnie w ciągu kilku dni.

Pacjent powinien:

- utrzymywać miejsce zabiegu w czystości i suchości,
- unikać dotykania, pocierania i drapania ostrzykniętej okolicy,
- nie stosować na własną rękę maści, kremów ani innych preparatów miejscowych bez zalecenia lekarza,
- unikać nadmiernej ekspozycji skóry na słońce do czasu całkowitego wygojenia,
- powstrzymać się od korzystania z sauny, basenu i intensywnego wysiłku fizycznego przez minimum 24 godziny,
- zgłosić się na wizytę kontrolną w ustalonym terminie.

W razie wystąpienia nasilonego bólu, dużego obrzęku, ropnej wydzieliny, gorączki lub innych niepokojących objawów pacjent powinien niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Poza ostrzyknięciami preparatem triamcynolonu istnieją również inne metody leczenia, które mogą być stosowane w zależności od rodzaju i nasilenia zmian chorobowych:

- **Leczenie miejscowe** – stosowanie maści, kremów lub płynów zawierających glikokortykosteroidy, inhibitory kalcyneuryny, preparaty keratolityczne lub środki przeciwsładowe.
- **Leczenie ogólne (systemowe)** – w wybranych przypadkach zastosowanie doustnych leków przeciwzapalnych, immunosupresyjnych (np. cyklosporyna, metotreksat), retinoidów lub glikokortykosteroidów w tabletkach.
- **Fizykoterapia i zabiegi dermatologiczne** – m.in. krioterapia, laseroterapia, fototerapia (UVB, PUVA), które mogą wspomagać leczenie zmian zapalnych i bliznowatych.
- **Chirurgiczne usunięcie blizn lub zmian skórnych** – w wybranych przypadkach, gdy blizna jest znacznie przerosła lub oporna na inne metody terapii.
- **Postępowanie wspomagające** – pielęgnacja skóry z użyciem dermokosmetyków łagodzących, unikanie drażniących czynników mechanicznych i chemicznych, ochrona skóry przed promieniowaniem UV.

Lekarz, w zależności od rozpoznania i stanu klinicznego pacjenta, może zaproponować powyższe metody jako alternatywę lub uzupełnienie leczenia ostrzyknięciami triamcynolonu.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Jak każdy zabieg medyczny, ostrzyknięcie skóry preparatem triamcynolonu może wiązać się z wystąpieniem działań niepożądanych lub powikłań. Do możliwych należą:

- miejscowe dolegliwości w miejscu podania leku: ból, pieczenie, zaczerwienienie, obrzęk, zasinienie,
- miejscowe zaniki skóry i tkanki podskórnej (atrofia) w miejscu iniekcji,
- odbarwienia lub przebarwienia skóry, teleangiektazje (poszerzone naczynka),
- opóźnione gojenie skóry w obrębie ostrzyknięcia,
- zakażenie bakteryjne w miejscu podania leku,
- reakcja alergiczna na zastosowany preparat (zaczerwienienie, świąd, wysypka), w bardzo rzadkich przypadkach cięższe reakcje nadwrażliwości,
- przy wielokrotnych podaniach – ryzyko działań ogólnoustrojowych glikokortykosteroidów (m.in. zaburzenia gospodarki cukrowej, nadciśnienie tętnicze, obniżenie odporności), choć ryzyko to jest niewielkie przy prawidłowym, miejscowym dawkowaniu.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Ryzyko powikłań jest ograniczane przez stosowanie odpowiedniej techniki zabiegu oraz przestrzeganie zaleceń pozabiegowych.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

U pacjenta, ze względu na współistniejące choroby skóry (łysienie bliznowaciejące, liszaj płaski mieszkowy, blizna przerosła, świerzbieżka guzkowa), istnieje zwiększone ryzyko:

- wolniejszego gojenia się skóry po zabiegu,
- nasilenia świądu i tendencji do drapania, co może sprzyjać wtórnym nadkażeniom,
- powstawania blizn przerostowych lub zanikowych w miejscu podania leku,
- zaburzeń pigmentacji skóry w obrębie zmian,
- większej podatności na zaostrzenie procesu zapalnego w otoczeniu ostrzyknięcia.

Dodatkowo, w przypadku współistnienia innych schorzeń przewlekłych (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby autoimmunologiczne, obniżona odporność) lub stosowania przewlekłego leczenia immunosupresyjnego, może wzrastać ryzyko wystąpienia powikłań ogólnych, w tym opóźnionego gojenia, nadkażeń oraz działań ubocznych związanych z miejscowym podaniem glikokortykosteroidu.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

Zabieg ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu zwykle prowadzi do poprawy stanu klinicznego – zmniejszenia dolegliwości bólowych i świądu, ograniczenia procesu zapalnego, spłaszczenia i zmiękczenia blizn oraz zahamowania progresji zmian chorobowych. Efekt terapeutyczny pojawia się stopniowo, a dla jego utrzymania może być konieczne powtarzanie zabiegów w określonych odstępach czasu.

Możliwe powikłania odległe obejmują:

- miejscowe zaniki skóry i tkanki podskórnej (atrofia) w miejscu podania,
- utrwalone zaburzenia pigmentacji skóry (odbarwienia lub przebarwienia),
- trwałe poszerzenie drobnych naczyń krwionośnych (teleangiektazje),
- blizny zanikowe lub przerostowe w miejscu ostrzyknięcia,
- w przypadku wielokrotnych zabiegów – ryzyko działań ogólnoustrojowych glikokortykosteroidów (m.in. zaburzenia gospodarki węglowodanowej, wzrost ciśnienia tętniczego, osłabienie odporności), choć jest ono niewielkie przy prawidłowym dawkowaniu miejscowym.

Ogólna prognoza po zabiegu jest korzystna – większość pacjentów uzyskuje poprawę jakości życia i zmniejszenie dolegliwości.

Pacjent został poinformowany, że ostateczny wynik zabiegu zależy również od jego indywidualnych cech gojenia oraz przestrzegania zaleceń pozabiegowych.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z proponowanego leczenia w postaci ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu należy liczyć się z możliwością:

- dalszej progresji choroby podstawowej
- utrzymywania się przewlekłego stanu zapalnego, świądu i dolegliwości bólowych,
- powiększania się ognisk łysienia z nieodwracalną utratą włosów,
- utrwalania się lub powiększania zmian bliznowatych i przerostowych,
- pogorszenie funkcjonowania oraz nasilenia dyskomfortu psychicznego i obniżenia jakości życia pacjenta.

Rezygnacja z leczenia może skutkować ograniczeniem skuteczności ewentualnych terapii podejmowanych w przyszłości.

Pacjent został poinformowany, że w razie rezygnacji z leczenia zalecana jest dalsza kontrola dermatologiczna w celu monitorowania choroby i oceny jej ewentualnej progresji.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

ZABIEGU OSTRZYKNIĘCIA SKÓRY PREPARATEM TRIAMCYNOLONU

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu zabiegu oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po zabiegu.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego zabiegu prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowany zabieg.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (podpis i pieczęć)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego oświadczenie
(podpis i pieczęć)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu ostrzyknięcia skóry preparatem triamcynolonu.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczęć lekarza