



**Państwowy Instytut
Medyczny MSWiA**

**Pracownia Medycyny Nuklearnej
PIM MSWiA
ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
tel. 47 722 13 69**

e-mail: rejestracja.pmn@pimmswia.gov.pl

Formularz zgody na zabieg radiosynowektomii

Radiosynowektomia jest mało inwazyjną procedurą leczniczą związaną z przerostem błony maziowej, do której dochodzi w wyniku nieleczzonego przewlekłego zapalenia stawu. Zabieg jest bardzo bezpieczny, ale może nieść ze sobą ryzyko wystąpienia następujących powikłań:

- chwilowe nasilenie wszelkich dolegliwości w okolicy leczonego stawu, które zwykle ustępuje w ciągu od kilku dni do kilku tygodni (częste – dotyczy około 10% pacjentów),
- zmiany skórne w obrębie w miejsca nakłucia stawu, które objawiają się zaczerwienieniem, egzemą lub brązowymi przebarwieniami (rzadkie),
- zrosty i zwłóknienia w tkankach miękkich w okolicy nakłucia stawu (bardzo rzadkie),
- zakażenie bakteryjne stawu (bardzo rzadkie),
- miejscowe krwawienie z miejsca nakłucia oraz podskórne wylewy krwi (bardzo rzadkie),
- zakrzepica żył głębokich (bardzo rzadkie),
- wyciek radioizotopu poza jamę leczonego stawu, owrzodzenia oraz martwica skóry (bardzo rzadko – dotyczy 0,1% pacjentów),
- u osób z cukrzycą lub nadciśnieniem tętniczym mogą wystąpić zaburzenia poziomu glikemii (podanie glikokortykosteroidu do stawu) lub nagłe podwyższenie się ciśnienia tętniczego (bardzo rzadkie).

Oświadczam, że informacje, zalecenia i zagrożenia związane z przebiegiem leczenia radioizotopowego zostały mi przedstawione w sposób jasny i zrozumiały. Wszelkie pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione. Powyższe informacje zrozumiałam/em i w pełni świadomie wyrażam zgodę na zaproponowany mi zabieg radiosynowektomii.

.....

data i podpis Pacjenta

.....

data i podpis lekarza wykonującego zabieg