



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 LASEROTERAPII / ELEKTROKOAGULACJI

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Stwierdzono u Pana/Pani _____

II. Opis przebiegu proponowanego zabiegu, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Proponowanym postępowaniem jest zabieg laseroterapii z wykorzystaniem lasera CO₂ lub zabieg elektrokoagulacji. Procedura polega na precyzyjnym oddziaływaniu wiązki lasera na zmianę skórą, co prowadzi do jej odparowania lub przecięcia tkanki przy jednoczesnej koagulacji naczyń krwionośnych. Elektrokoagulacja polega na niszczeniu wybranych zmian skórnych za pomocą prądu elektrycznego o wysokiej częstotliwości. Dzięki temu możliwe jest usunięcie zmiany w sposób małoinwazyjny, z ograniczonym ryzykiem krwawienia.

W zależności od lokalizacji i rozmiaru zmiany, zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym (najczęściej nasięgowym lub powierzchniowym), co minimalizuje dolegliwości bólowe w trakcie procedury.

Oczekiwane korzyści z zabiegu obejmują:

- skuteczne usunięcie zmiany skórnej,
- zmniejszenie ryzyka dalszego drażnienia mechanicznego i powikłań,
- poprawę komfortu pacjenta.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu laseroterapii CO₂ / elektrokoagulacji w miejscu usunięcia zmiany może pojawić się zaczerwienienie, obrzęk lub niewielki strup. Objawy te są naturalnym etapem gojenia.

Pacjent powinien:

- utrzymywać miejsce zabiegu w czystości i suchości,
- stosować zalecone przez lekarza preparaty pielęgnacyjne/ochronne (np. maści regenerujące lub przeciwbakteryjne),



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- unikać drapania i mechanicznego uszkodzania miejsca zabiegowego,
- chronić skórę przed działaniem promieniowania UV (stosowanie kremów z filtrem SPF min. 30),
- unikać korzystania z sauny, basenu oraz intensywnego wysiłku fizycznego przez kilka dni po zabiegu,
- zgłosić się na wizytę kontrolną w wyznaczonym terminie.

W przypadku wystąpienia nasilonego bólu, przedłużonego krwawienia, wydzieliny ropnej lub innych niepokojących objawów pacjent powinien niezwłocznie skontaktować się z lekarzem prowadzącym.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia zmian skórnych obejmują:

- **Chirurgiczne wycięcie zmiany** – metoda polegająca na usunięciu zmiany wraz z marginesem zdrowej skóry w znieczuleniu miejscowym. Pozwala na uzyskanie pełnego materiału do badania histopatologicznego, jednak wiąże się z koniecznością założenia szwów oraz powstaniem blizny.
- **Krioterapia** – polega na zamrożeniu zmiany skórnej w niskiej temperaturze. Jest to metoda szybka, ale może prowadzić do przebarwień lub bliznowacenia, a skuteczność zależy od rodzaju i lokalizacji zmiany.
- **Postępowanie zachowawcze (obserwacja)** – w przypadku zmian łagodnych i niewielkich możliwe jest odstępnie od interwencji zabiegowej i pozostanie przy okresowej kontroli dermatologicznej.

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

Zabieg laseroterapii CO₂ / elektrokoagulacji jest procedurą małoinwazyjną i stosunkowo bezpieczną, jednak – jak każda interwencja medyczna – może wiązać się z wystąpieniem działań niepożądanych lub powikłań. Do najczęściej obserwowanych należą:

- ból, pieczenie, zaczerwienienie i obrzęk w miejscu zabiegu,
- tworzenie się strupa, drobnych nadżerek lub pęcherzy,
- przedłużone gojenie rany,
- ryzyko wtórnego zakażenia bakteryjnego,
- krwawienie lub sączenie z miejsca zabiegowego,
- przebarwienia (hiperpigmentacja lub hipopigmentacja) w miejscu poddanym zabiegowi,
- powstanie blizny lub blizny przerostowej,
- w rzadkich przypadkach – reakcje alergiczne na zastosowane środki znieczulające lub preparaty pielęgnacyjne.

Pacjent został poinformowany o powyższych możliwych następstwach i akceptuje je jako potencjalne ryzyko związane z proponowaną procedurą.

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

Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań może być związane z chorobami współistniejącymi, przyjmowanymi lekami, ogólnym stanem zdrowia pacjenta oraz czynnikami indywidualnymi (np. wiek, skłonność do bliznowców, zaburzenia krzepnięcia, cukrzyca, obniżona odporność, choroby dermatologiczne towarzyszące).

Lekarz prowadzący dokonuje indywidualnej oceny ryzyka u danego pacjenta i uwzględnia to w decyzji o przeprowadzeniu zabiegu.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

W typowym przebiegu po zabiegu laseroterapii CO₂ / elektrokoagulacji gojenie miejsca zabiegowego następuje w ciągu kilkunastu dni. Ostateczny efekt zabiegu widoczny jest po kilku tygodniach lub miesiącach, w zależności od rozległości i lokalizacji zmiany oraz indywidualnych predyspozycji pacjenta.

Rokowanie po zabiegu jest na ogół dobre, a skuteczność w usunięciu zmiany skórnej wysoka. W przypadku zmian łagodnych ryzyko ich nawrotu jest niewielkie, jednak nie można go całkowicie wykluczyć.

Do możliwych odległych następstw i powikłań należą:

- utrzymywanie się przebarwień lub odbarwień skóry,
- utrwalona blizna, w tym blizna przerostowa lub bliznowiec (keloid),
- zaburzenia czucia w obrębie miejsca zabiegu (zwykle przemijające),
- w rzadkich przypadkach – nawrót zmiany wymagający ponownej interwencji.

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

Ryzyko odległych powikłań

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z proponowanego zabiegu laseroterapii CO₂ / elektrokoagulacji istnieje ryzyko utrzymywania się dolegliwości związanych ze zmianą skórną, takich jak: nawracające podrażnienia, dyskomfort, bolesność lub krwawienia w wyniku urazów mechanicznych.

Nieleczenie zmiany może prowadzić do:

- dalszego powiększania się zmiany,
- zwiększenia ryzyka wtórnych zakażeń skóry,
- w przypadku niektórych typów zmian – konieczności zastosowania w przyszłości bardziej rozległego leczenia zabiegowego.

Pacjent został poinformowany, że decyzja o odstąpieniu od leczenia wiąże się z koniecznością dalszej kontroli dermatologicznej oraz monitorowania zmiany pod kątem jej ewentualnego wzrostu lub transformacji.

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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanego

ZABIEGU LASEROTERAPII / ELEKTROKOAGULACJI

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych**.

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 następstwach 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,
- 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanego zabiegu laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych.

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 laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych.

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

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych. 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



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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 laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych** 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

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu laseroterapii / elektrokoagulacji zmian skórnych.**

(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