



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 KRIOTERAPII

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 krioterapii, polegający na miejscowym, kontrolowanym zamrożeniu zmiany skórnej przy użyciu ciekłego azotu. Procedura prowadzi do zniszczenia nieprawidłowych tkanek w wyniku działania bardzo niskiej temperatury.

Zabieg wykonywany jest najczęściej bez konieczności stosowania znieczulenia, ponieważ krótkotrwałe oddziaływanie niskiej temperatury wywołuje jedynie przemijające uczucie pieczenia, kłucia lub niewielkiego bólu.

Oczekiwane korzyści z zabiegu obejmują:

- skuteczne usunięcie zmiany skórnej w sposób małoinwazyjny,
- ograniczenie krwawienia podczas procedury,
- zmniejszenie ryzyka powikłań w porównaniu z klasycznym leczeniem chirurgicznym,
- poprawę komfortu pacjenta.

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

III. Zalecenia pozabiegowe

Po zabiegu krioterapii w miejscu poddanym leczeniu może wystąpić zaczerwienienie, obrzęk, pęcherz wypełniony surowiczym płynem lub strup. Są to naturalne objawy procesu gojenia.

Pacjent powinien:

- utrzymywać miejsce zabiegu w czystości i suchości,
- nie przekłuwać powstałych pęcherzy, aby uniknąć zakażenia,

**niepotrzebne skreślić*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

- w przypadku ich samoistnego pęknięcia – stosować miejscowo preparaty zalecone przez lekarza (np. odkażające lub ochronne),
- unikać drapania i mechanicznego urażania miejsca zabiegowego,
- nie stosować maści lub opatrunków bez konsultacji z lekarzem,
- chronić skórę przed nadmiernym nasłonecznieniem do czasu całkowitego wygojenia,
- zgłosić się na wizytę kontrolną w ustalonym terminie.

W razie wystąpienia nasilonego bólu, objawów zakażenia (ropna wydzielina, nasilony obrzęk, gorączka) lub innych niepokojących dolegliwości pacjent powinien niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywne metody leczenia dla krioterapii, obejmują:

- **Chirurgiczne wycięcie zmiany** – polega na usunięciu zmiany wraz z marginesem zdrowej skóry w znieczuleniu miejscowym. Metoda ta daje możliwość uzyskania pełnego materiału do badania histopatologicznego, jednak wymaga założenia szwów i pozostawia bliznę.
- **Laseroterapia (np. laser CO₂)** – wykorzystuje działanie wiązki lasera do odparowania lub przecięcia tkanki. Pozwala na precyzyjne usunięcie zmiany, często z ograniczonym krwawieniem, ale wymaga dostępu do specjalistycznego sprzętu.
- **Elektrokoagulacja** – metoda polegająca na zniszczeniu zmiany przy użyciu prądu elektrycznego. Jest stosunkowo szybka, lecz wiąże się z możliwością powstania blizny i przebarwień.
- Leczenie miejscowe – kremy, maści zależnie od postawionego rozpoznania.
- **Postępowanie zachowawcze (obserwacja)** – w przypadku niewielkich, łagodnych zmian możliwe jest odstąpienie od zabiegu i ich okresowa kontrola dermatologiczna.

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

Krioterapia jest zabiegiem małoinwazyjnym i stosunkowo bezpiecznym, jednak – podobnie jak inne procedury medyczne – może wiązać się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Do najczęściej spotykanych należą:

- ból, pieczenie, obrzęk i zaczerwienienie w miejscu zabiegu,
- tworzenie się pęcherza surowiczego lub krwotocznego,
- sączenie się płynu z pęcherza lub rany,
- powstanie strupa, a następnie blizny,
- przebarwienia skóry (hiperpigmentacja) lub odbarwienia (hipopigmentacja),
- przedłużony czas gojenia w przypadku większych lub głębszych zmian,
- miejscowe zakażenie rany,
- w rzadkich przypadkach – powstanie blizny przerostowej lub bliznowca.

Pacjent został poinformowany, że powyższe powikłania należą do możliwych następstw zabiegu i może być konieczne ich leczenie zachowawcze lub dodatkowa interwencja medyczna.

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

Zwiększone ryzyko powikłań po zabiegu krioterapii może wystąpić u pacjentów z chorobami współistniejącymi lub innymi czynnikami wpływającymi na proces gojenia. Do takich sytuacji należą m.in.:

- zaburzenia krzepnięcia krwi lub stosowanie leków przeciwkrzepliwych,
- cukrzyca (zwiększone ryzyko wolniejszego gojenia i infekcji),
- skłonność do tworzenia się blizn przerostowych lub bliznowców,
- zaburzenia krążenia obwodowego,
- wcześniejsze reakcje niepożądane po krioterapii lub podobnych zabiegach.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

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)

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

VII. Opis prognozy pozabiegowej i powikłań odległych

W typowym przebiegu po zabiegu krioterapii miejsce poddane leczeniu goi się w ciągu kilkunastu dni. Początkowo może pojawić się pęcherz, następnie strup, który zwykle odpada po 1–2 tygodniach, pozostawiając różową, stopniowo blednącą skórę. Ostateczny efekt zabiegu widoczny jest po kilku tygodniach lub miesiącach, w zależności od rozległości i głębokości zmiany oraz indywidualnych predyspozycji pacjenta.

Rokowanie po krioterapii jest zazwyczaj dobre, a skuteczność w usunięciu zmian skórnych wysoka. W przypadku niektórych zmian (np. brodawki wirusowe) istnieje jednak ryzyko nawrotu i konieczności powtórzenia zabiegu.

Do możliwych powikłań odległych należą:

- trwałe przebarwienia lub odbarwienia skóry w miejscu zabiegu,
- powstanie blizny lub blizny przerostowej, rzadziej bliznowca,
- utrzymujące się zaburzenia czucia w obrębie miejsca poddanego leczeniu,
- nawrót zmiany wymagający ponownej interwencji medycznej.

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

Ryzyko odległych powikłań

☐ małe

☐ średnie

☐ duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

W przypadku rezygnacji z zabiegu krioterapii istnieje ryzyko utrzymywania się zmian skórnych, które były wskazaniem do leczenia. Może to skutkować:

- dalszym powiększaniem się lub namnażaniem zmian,
- nasileniem dolegliwości miejscowych, takich jak ból, podrażnienia, świąd czy krwawienie,
- zwiększonym ryzykiem wtórnych zakażeń skóry,
- w przypadku zmian o niepewnym charakterze – opóźnieniem diagnostyki i konieczności wdrożenia bardziej rozległego leczenia w przyszłości.

Pacjent został poinformowany, że w razie rezygnacji z leczenia zalecana jest dalsza kontrola dermatologiczna w celu monitorowania zmiany i oceny jej ewentualnego rozwoju.

(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 KRIOTERAPII

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu krioterapii 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 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,
- 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 krioterapii 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 krioterapii 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 krioterapii 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 pieczętka)

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 krioterapii zmian skórnych** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego oświadczenie
(podpis i pieczętka)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zabiegu krioterapii 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 pieczętka lekarza