

OŚWIADCZENIE

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PODANIA OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....PESEL.....

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat byłam/em:

1. operowana/y TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, proszę podać rodzaj operacji.....

.....

2. hospitalizowana/y TAK ☐ NIE ☐

3. poddana/y zabiegom typu: makijaż permanentny, tatuaż, implantacja kolczyków:

TAK ☐ NIE ☐

Jestem poinformowana/y o stanie mojego zdrowia. Lekarz po wywiadzie lekarskim udzielił mi zrozumiałej dla mnie informacji o proponowanej metodzie leczenia zdiagnozowanej zmiany chorobowej

.....poprzez przeprowadzenie zabiegu ostryknięcia miejsca wyżej wymienionego schorzenia osoczem bogatopłytkowym, otrzymanym z krwi własnej.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o innych możliwych metodach leczenia zmiany chorobowej oraz o wadach i zaletach tych metod.

Oświadczam, że podczas wywiadu z lekarzem wymieniałam/em wszystkie znane mi choroby i dolegliwości, na które cierpię.

.....
data i miejsce czytelny podpis pacjenta

Zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami do zabiegu podania osocza bogatopłytkowego (PRP):

1.choroby krwi: białaczka, małopłytkowość, zaburzenia krzepnięcia krwi, niedobór fibrynogenu, niestabilność hemodynamiczna, zespoły dysfunkcji płytek, posocznica 2. zakażenia ostre i przewlekłe 3. nowotwory 4. przewlekłe schorzenia wątroby 5.ciąża i laktacja 6. leczenie antykoagulantami 7. stosowanie aspiryny i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Zapoznałam/em się z ryzykiem wystąpienia powikłań wynikających z przeprowadzonego zabiegu osoczem bogatopłytkowym:

1. brak pożądanego efektu leczniczego 2. wystąpienie krwaków, bądź zasinienia w miejscu podania PRP 3. bólu 4. świądu skóry 5. procesu zapalnego skóry.

Jestem poinformowana/y o zaleceniach w postępowaniu po zabiegu:

1. nie należy stosować niesteroidowych leków przeciwzapalnych w przez 7 dni po zabiegu 2. w dniu zabiegu nie należy korzystać z sauny, zajęć fitness, nie stosować gorących kąpeli, wstrzymać się od uprawiania aktywnych sportów 3. należy zadbać o higienę miejsca zabiegowego.

Świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem własnego osocza bogatopłytkowego.

.....
data i miejsce czytelny podpis pacjenta

Oświadczam, że przedstawiłam/em pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, poinformowałam/em o przeciwwskazaniach do zabiegu osocza bogatopłytkowego oraz możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w trakcie lub po zabiegu.

.....
data i miejsce podpis i pieczęć lekarza