

OŚWIADCZENIE

Zgoda Pacjenta na wykonanie zabiegu
z fibryny bogatopłytkowej / osocza bogatopłytkowego
/ ATR / PLASMOO

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat byłem/em:		TAK	NIE
Operowana/y		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak, proszę podać rodzaj operacji:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalizowana/y		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poddana/y zabiegom typu makijaż permanentny, tatuaż, implantacja kolczyków		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu:			
Oświadczam, że zostałem poinformowana/y o stanie mojego zdrowia. Lekarz po przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego udzielił zrozumiałej dla mnie informacji o proponowanej metodzie leczenia.			
Zdiagnozowana zmiana chorobowa zostanie ostrzyknięta fibryną bogatopłytkową / osoczem bogatopłytkowym otrzymaną z własnej krwi.		Zdiagnozowana zmiana:	
Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o innych możliwych metodach leczenia oraz o ich zaletach i wadach.			
Oświadczam, że podczas przeprowadzonego wywiadu z lekarzem wymieniłam/em wszystkie znane mi choroby oraz dolegliwości, na które cierpię.			
_____		_____	
Data i miejsce	Czytelny podpis Pacjenta		

Zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami do zabiegu podania fibryny bogatopłytkowej/osocza bogatopłytkowego:		
<ul style="list-style-type: none">Choroby krwi (białaczka, krytyczność małopłytkowa, niedobór fibrynogenu, niestabilność hemodynamiczna, posocznica, zaburzenia krzepnięcia krwi, zespoły dysfunkcji płytek)Leczenie antykoagulantamiNowotwory (do wykonania zabiegu musi minąć 5 lat od zakończenia pełnego leczenia)	<ul style="list-style-type: none">Schorzenia wątroby (marskość i ostre zapalenia wątroby)Stosowanie aspiryny i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnychCiąża oraz laktacjaOstre zakażenia i stany zapalne	
Zapoznałam/em się z możliwością wystąpienia niepożądanych powikłań po przeprowadzeniu zabiegu fibryną bogatopłytkową / osoczem bogatopłytkowym:		
<ul style="list-style-type: none">BólŚwiąd skóry	<ul style="list-style-type: none">Zapalenie skóryWystąpienie krwinków bądź zasinień	<ul style="list-style-type: none">Brak pożądanego efektu
Zostałam/em poinformowany o zaleceniach w postępowaniu po zabiegu:		
<ul style="list-style-type: none">Niestosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NPLZ) i antykoagulantów przez 7 dni od wykonania zabieguDbanie o odpowiednią higienę miejsca zabiegowego w dniu zabieguPo wykonaniu zabiegu nie korzystać z sauny, wstrzymać się od uprawiania aktywnych sportów, możliwości zabrudzenia miejsca zabiegowego.		
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu z fibryny bogatopłytkowej/osocza bogatopłytkowego:		
_____		_____
Data i miejsce	Czytelny podpis Pacjenta	

Oświadczam, że poinformowałam/em pacjenta o proponowanym sposobie leczenia, przeciwwskazaniach, a także możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić po lub w trakcie zabiegu zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną.

Data i miejsce

Podpis i pieczętka lekarza