

**ZGODA PACJENTA NA USUNIĘCIE ZMIANY SKÓRNEJ
ELEKTROCHIRURGICZNIE**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Elektrokoagulacja, wykonywana przez lekarza, jest metodą leczenia zabiegowego polegającą na zastosowaniu prądu wysokiej częstotliwości, przepływającego przez ciało z wykorzystaniem zjawiska ładunku elektrycznego. Przepływ prądu powoduje miejscowe podniesienie się temperatury i koagulację bądź odparowanie zmiany chorobowej. Przepływ prądu hamuje krwawienie, dlatego elektrokoagulacja jest zabiegiem praktycznie bezkrwawym.

Opis i przebieg zabiegu

Do skóry pacjenta przykładana się płaską metalową elektrodę; druga elektroda o kształcie nożyka, kulki lub igły stanowi narzędzie zabiegowe. Biologicznym skutkiem oddziaływania przepływu prądu jest wytworzenie wysokiej temperatury, odparowanie wody oraz koagulacja białek lub całkowite odparowanie chorej tkanki z pozostawieniem strupa. Potencjalne skutki powikłań związane z proponowaną procedurą Proces gojenia się trwa ok. 3 tygodni. W tym czasie zazwyczaj dochodzi do demarkacji skoagulowanej tkanki i powstania ubytku skóry, stopniowo pokrywającego się naskórkiem. Sporadycznie występuje obrzęk, infekcja miejscowa, komplikacje przy gojeniu się rany, krwawienie, hipopigmentacja (odbarwienie skóry), hiperpigmentacja (przebarwienie skóry) lub blizna.

Niniejszym oświadczam, że:

- zapoznałem/łam się z treścią zgody na usunięcie zmiany skórnej elektrochirurgicznie;
- zostałem/łam poinformowany/a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych; o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu;
- zostałem/łam poinformowany o alternatywnych metodach leczenia; lekarz wytłumaczył mi wyczerpująca naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem;
- podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób;
- miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Zostałem poinformowany/a o kosztach zabiegu, które akceptuję.

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej – wykonanie elektrokoagulacji skóry.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....

Podpis Pacjent