



OŚWIADCZENIE ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PODANIA OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO/FIBRYNOWEGO

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 DGN.

poprzez przeprowadzenie zabiegu ostrzyknięcia miejsca wyżej wymienionego schorzenia osoczem bogatopłytkowym, osoczem fibrynowym otrzymanym z krwi własnej pacjenta.

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 i PRF):

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 kąpiel, wstrzymać się od uprawiania aktywnych sportów 3. należy zadbać o higienę miejsca zabiegowego. Świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem własnego osocza bogatopłytkowego i fibryny bogatopłytkowej.

..... 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

