

OŚWIADCZENIE PACJENTA
ZGODA NA ZABIEG PODANIA OSOCZA BOGATOPŁYTKOWEGO (PRP)

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL:

Oświadczam, że w przeszłości byłem/am:

hospitalizowany/a TAK NIE

operowany/a TAK NIE

jeśli tak – proszę wpisać rodzaj operacji:

.....
poddany/a zabiegom kosmetycznym (tatuaż, implantacja kolczyków) TAK NIE

Oświadczam, że lekarz udzielił mi przystępnej informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu choroby oraz proponowanej metodzie leczenia poniższego schorzenia:

.....
poprzez przeprowadzenie zabiegu ostrzyknięcia miejsca chorobowego:
koncentratem płytek krwi.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o innych możliwych metodach leczenia powyższego schorzenia z przedstawieniem ich zalet i wad.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku najczęstszych powikłań wynikających z przeprowadzonego zabiegu podania osocza bogatopłytkowego (PRP) w postaci:

- braku efektu leczniczego
- zasinienia lub wylewu podskórnego krwi w miejscu podania
- procesu zapalnego i zakażenia
- bólu, świądu skóry

jak również zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do powyższego zabiegu operacyjnego w postaci:

- zespołu wątrobowo-nerkowego
- leczenia środkami immunosupresyjnymi
- ostrych zakażeń wirusowych (HCV, HBV, HIV)
- chorób układowych: sklerodermia, immunologiczne choroby naczyń
- alergii na nukleotydy
- chorób krwi (białaczki, trombocytopenia)
- sepsy
- przewlekłych chorób wątroby
- terapii antykoagulantami

i wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego (PRP).

Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego wymieniłem/am wszelkie znane mi choroby i dolegliwości, na które cierpię.

Zostałem/am także ustnie poinformowany/a o zalecanym postępowaniu po zabiegu.

Gruszczyce, dn.

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi / przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku zabiegu.

Gruszczyce, dn.

.....
podpis i pieczętka lekarza