

INFORMACJA I ZGODA NA ZABIEG OBRZEZANIA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL/DATA URODZENIA.....

ADRES

TELEFON..... MAIL.....

Poniższa zgoda jest dokumentem w celu poinformowania pacjenta o zabiegu obrzezania, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby przeczytał Pan te informacje dokładnie i do końca.

Potwierdzając zapoznanie się z całym dokumentem, prosimy o czytelny podpis u dołu kartki.

INFORMACJE OGÓLNE- charakterystyka zabiegu obrzezania.

Zabieg obrzezania z powodu stulejki jest zabiegiem chirurgicznym mającym na celu usunięcie pierścienia zwężonego napletka z następową plastyką. Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym nasiękowym/ogólnym dożylnym.

Po zabiegu mogą wystąpić obrzęk, zasinienie z reguły samoistnie ustępuje po kilku dniach. Może pojawić się zakażenie, objawiające się gorączką, zaczerwienieniem rany, pojawieniem się wydzieliny lub rozejściem się szwów. W tym przypadku prosimy o kontakt celem wdrożenia antybiotykoterapii lub zaopatrzenia rany. Opisane powikłania mogą wystąpić przy wszystkich bez wyjątku procedurach medycznych bez względu na ich rodzaj lub zakres. Może pojawić się również nadwrażliwość żołądki, która ustępuje samoistnie do około 6 miesięcy i nie stanowi problemu. Ze względu na gojenie rany zalecamy unikanie współżycia przez 4-6 tygodni po zabiegu.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że przedstawiłam mi informację o planowanym leczeniu i możliwych komplikacjach z niego wynikających przyjmuję do wiadomości. Jednocześnie wyrażam zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam personel medyczny do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

.....

(data i czytelny podpis)