

**NFORMACJA DLA PACJENT ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY W PRZEPROWADZENIU ZABIEGU SKLEROTERAPII**

Imię i Nazwisko Pacjenta...................................................................................................................... PESEL…………………………………………………………………………………………………

Adres Zamieszkania...............................................................................................................................

Telefon....................................................................................................................................................

**Podstawowe informacje dotyczące zabiegu skleroterapii**

Pod pojęciem skleroterapii (leczenia obli terującego) rozumiemy zaplanowane i wybiórcze wstrzykiwanie do żylaków / teleangiektazji / „pajączków naczyniowych” substancji, która wywołuje w nich uszkodzenie śródbłonka wskutek czego dochodzi do ich zamknięcia. Żylaki kończyn dolnych nie są stanem bezpośredniego zagrożenia życia , niemniej jednak stwarzają one ryzyko powikłań takich jak: zapalenia żył głębokich , owrzodzenie goleni czy zatorowość płucna. Przyjętymi metodami postępowania są klasyczne zabiegi chirurgiczne , procedury skleroterapii, laserowe operacje żylaków metodą EVLT, a także kompresjoterapia. Leczenie zabiegowe „pajączków naczyniowych” z medycznego punktu widzenia nie jest obowiązkowe. Alternatywną metodą postępowania jest kompresjo terapia lub laseroterapia.

**Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu skleroterapii.**

A/ bezwzględne; unieruchomienia, powierzchniowe lub głębokie zakrzepice naczyń żylnych, znana alergia na środki obli terujące (Polidokanol = Aethoxysclerol), ciąża, ciężka choroba układowa, miejscowa lub uogólniona infekcja, miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych.

B/ względne: cukrzyca, obrzęki goleni, astma oskrzelowa oraz inne choroby alergiczne, trombofilia.

**UWAGA:** Należy zgłosić lekarzowi jeżeli występuje jakikolwiek z powyższych powodów.

**Możliwość wystąpienia powikłań**

Nie istnieją w medycynie procedury zabiegowe, które choćby teoretycznie nie wiązałyby się z ryzykiem powikłań – dotyczy to także leczenia obliterującego. Ciężkie, zagrażające życiu powikłania skleroterapii (wstrząs związany z uczuleniem, martwica przy podaniu środka dotętniczo) praktycznie nie zdarzają się, z drugiej jednak strony w kontekście setek tysięcy przeprowadzanych corocznie na świecie zabiegów skleroterapii, także one odnotowane były w literaturze fachowej. Potencjalnymi, choć rzadkimi powikłaniami mogą być:

 ból w okolicy poddanej skleroterapii – częste powikłanie zwłaszcza w pierwszych 2 – 3 dniach po zabiegu – niemal zawsze przejściowy

 przebarwienia skóry – u około 7 – 30 % pacjentów. Z reguły ustępuje po okresie do pół roku, niezwykle rzadko dłużej.

 Rozszerzenie lokalnych naczyń włosowatych – u około 2 – 10 % pacjentów.

 Lokalna martwica skóry – u mniej niż 1% pacjentów.

 Zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub powierzchownych kończyn dolnych – u około 0,1% pacjentów. Przy obliteracji „pajączków naczyniowych” praktycznie nie występują.

 Infekcja w miejscu podania sklerozantu – u około 0,001% pacjentów.

 Inne: krwiak w miejscu i iniekcji, miejscowe reakcje pokrzywkowe, skrzep w świetle żyły.

**Wyniki leczenia**

Z zdecydowanej większości przypadków przeprowadzenie zabiegu skleroterapii osiąga bardzo dobre rezultaty kosmetyczne. Pomimo tego, uzyskanie pożądanego efektu nigdy nie może być zagwarantowane, a w wyjątkowych przypadkach zdarza się, że osiągany efekt jest gorszy niż przed zabiegiem.

**Postępowanie po zabiegu**

Chodzenie przez minimum pół godziny, kompresjo terapia – w tym w sposób nieprzerwany 2 – 7 dni, przy dolegliwościach bólowych: zimne okłady oraz paracetamol, kontrola po 1 – 2 tyg.

Po zabiegu nie można :

* brać ciepłych kąpieli
* korzystać z sauny
* korzystać z solarium
* nie przebwać za długo na słońcu
* nie korzystać z żadnych zabiegów rozgrzewających

Prosimy, aby zapytał/a/ Pan/i/ o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem skleroterapii.

**Zastrzeżenia pacjenta** …………………………………...................................................................................................………………………………………………………………………………………............................ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................ ……………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałe(a)m informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i po rozmowie wyjaśniającej z Dr Piotr Borkowski spełnione zostały wszelkie wymagania co do informacji na temat:

 Rozpoznania

 Proponowanych oraz alternatywnych metod leczenia

 Dających się przewidzieć następstw zastosowania skleroterapii oraz ryzyka z nią związanego

 Ostatecznych wyników skleroterapii.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu skleroterapii.

................................................

Data

....................................................... ..................................................

Podpis lekarza Podpis pacjenta