

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG USUWANIA ŻYŁAKÓW

Ja ..... niżej podpisana (y)  
urodzona (y) .....  
zamieszkała (y).....  
tel. ....  
po przeprowadzeniu rozmowy wyjaśniającej o istocie planowanego zabiegu i uprzedzona (y) o  
możliwych powikłaniach śród – i po zabiegowych, wyrażam zgodę na zabieg

.....  
.....  
mojej osoby w dniu .....  
Medycyna to nie tylko wiedza, ale również w pewnej części niewiadoma. Postępując zgodnie ze sztuką  
lekarską, według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności, lekarz nie może zagwarantować uzyskania  
idealnego wyniku operacji. Możliwość niepowodzenia lub pogorszenia stanu podczas pierwszego  
zabiegu, jakkolwiek niewielka jednak istnieje. Co za tym idzie należy brać pod uwagę konieczność  
wykonania dodatkowych zabiegów w celu uzyskania zadowalającego stanu.

Uzyskany efekt, w pierwszej kolejności ma dotyczyć naprawy (poprawy) przepływów żylnych, tak aby  
były one jak najbardziej zbliżony do fizjologicznego, aby nie następowało dalsze pogarszanie się  
dobrostanu chorego, następnie stanu wizualnego kończyn.

Decydując się na zabieg usunięcia żyłaków, rozumiem, że decyduję się również na ryzyko związanych z  
powikłań. Wiem, że prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest wprawdzie minimalne, jednak musi być  
brane po uwagę przy wrazeniu zgody na zabieg.

### **Powikłania po zabiegu:**

- choroba zatorowo-zakrzepowa żył kończyn dolnych
- stany zapalne i zakażenie
- krwotok(wymaga ponownej interwencji chirurgicznej)
- neoangiogeneza – powstanie drobnych pajączków naczyniowych
- opóźnione gojenie się rany
- blizny przerostowe lub szerokie w miejscu zakładania kaniul
- bliznowiec
- trwałe lub przejściowe przebarwienia skóry na przebiegu żyłaków.

Rozumiem również, że po mimo wcześniejszego ustalenia z lekarzem szczegółów zabiegu, podczas  
jego trwania, może wystąpić konieczność dokonania zmian takich jak:

- odstąpienie od operacji
- zmiana sposobu wykonania operacji
- odstąpienie od części zaplanowanej operacji
- wykonanie dodatkowych nacięć skóry
- założenie innych niż zaplanowane szwów.

Decyzję o zmianach podejmuje lekarz, kierując się dobrem pacjenta.

Po zabiegu usunięcia żyłaków kończyn dolnych w zależnościom metody- EVRF, Skleroterapii - w  
znakomitej większości przypadków występują **typowe dla okresu pozabiegowego objawy miejscowe:**

- obrzęk

### **Flebonet Sp z o.o.**

05-420 Józefów ul. Wyszyńskiego 103  
22 110 00 75 [flebonet@flebonet.pl](mailto:flebonet@flebonet.pl)  
KRS 0000515405  
[www.flebonet.pl](http://www.flebonet.pl)

- zasinienie
- przeciulica lub niedoczulica obszaru graniczacego z zylakami
- bol
- wycieki krwistego plynu w opatrunki
- zbrzozowienia na przebiegu zamykanych zył

Wszystkie te objawy ustepuja w krótkim okresie

Po zabiegu EVRF konieczne jest przestrzeganie zalecen, zawartych w karcie wypisowej, oraz ustnych wydanych przez: chirurga, anestezyjologa, pielęgniarkę operacyjną dotyczacych:

- przyjmowania leków
- postępowania po zabiegowego
- noszenia uciskowych opasek na nogach
- zaleconych kontroli w pierwszych 2 tyg. po 1m-cu. i po 6 m-cach.
- informowania lekarza najszybciej jak to możliwe o wystąpieniu niepokojacych objawów

Choroba zylakowa konczyn dolnych, to przede wszystkim zaburzenia sprężystości ścian żył, ich wytrzymałości na rozciąganie pod wpływem ciśnienia krwi. Wraz z zabiegiem nie da się tej złej tendencji wyeliminować lub zmniejszyć, co oznacza w praktyce możliwość nawrócenia w pewnym stopniu zylaków. Skutecznymi metodami spowalniania nawrotów są: wyroby przeciwzylakowe (prawidłowo dobrane), utrzymanie odpowiedniego BMI poprzez aktywność fizyczną, higieniczny tryb życia.

Oświadczam, że zapoznałem się z rodzajem zabiegu znam jego zalety i wady, możliwe powikłania oraz przebieg okresu pozabiegowego, a także inne możliwe metody zabiegu. Zostałem (em) poinformowana (y), że proces leczenia odbywać się będzie zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. W trakcie rozmowy zadałem (em) wszelkie interesujące mnie pytania dotyczace zabiegu. Wyjaśnienia zrozumiałam (em) i innych pytań nie mam. Moja zgoda jest dobrowolna i świadoma.

Oświadczam, że nie zataiłem (em) przed lekarzami żadnego faktu, który mógłby mieć wpływ na przebieg zabiegu i jego wynik.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na publikację/przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby.

Oświadczam, że będę wykonywać wszystkie zalecenia medyczne zespołu leczącego.

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

**Flebonet Sp z o.o.**

05-420 Józefów ul. Wyszyńskiego 103  
22 110 00 75 [flebonet@flebonet.pl](mailto:flebonet@flebonet.pl)  
KRS 0000515405  
[www.flebonet.pl](http://www.flebonet.pl)