

**Świadoma zgoda chorego na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego z powodu
PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI ŻYLNEJ-ŻYŁAKÓW z użyciem metody
wewnątrzżylniej laserowej ablacji żyły odpiszczelowej/odstrzałkowej EVLT(EVLA)**

Imię i nazwisko chorego:

Data urodzenia:

Mamy zamiar przeprowadzić następującą operację: wkłucie się do niewydolnej żyły odpiszczelowej/odstrzałkowej w najniższym miejscu jej niewydolności - najczęściej w okolicy kolana lub na podudziu i wprowadzeniu pod kontrola USG włókna laserowego, następnie wykonanie znieczulenia tumescencyjnego z użyciem lignokainy, adrenaliny i dużej objętości roztworu soli fizjologicznej(około 500 ml na kończynę). Kolejnym etapem zabiegu jest laserowe zamykanie żyły odpiszczelowej i/lub odstrzałkowej. Ma to na celu zlikwidowanie nieprawidłowego przepływu krwi(refluks) związanego z niewydolnością układu żylnego. Integralną częścią zabiegu jest wykonanie miniflebektomii żyłaków(usunięcie chirurgiczne żyłaków z małych nacięć do 0,5 cm) i/lub wykonanie skleroterapii tj. zamykania żyłaków zastrzykami z preparatu Aethoxysklerol. Bardzo ważnym elementem leczenia wprowadzanym tuż po operacji jest noszenie na nodze specjalnego uciskowego elastycznego bandaża lub pończochy. Bandaż ten ułatwia odpływ krwi żylniej z kończyny co manifestuje się zmniejszeniem jej obrzęku. Operujący chirurg zwraca szczególną uwagę na efekt kosmetyczny przeprowadzanej operacji, jednak nie może to brać góry nad wynikiem czynnościowym leczenia. Możliwym jest zamiana metody laserowej na klasyczny zabieg chirurgiczny z nacięciem w pachwinie i strippingiem żyły odpiszczelowej/odstrzałkowej

Ogólne czynniki ryzyka:

- a. po operacji może dojść do zapadnięcia się części pęcherzyków płucnych co stwarza ryzyko zapalenia płuc. Ten stan może wymagać podawanie antybiotyków oraz przeprowadzenie fizykoterapii.
- b. mogą powstać zakrzepy w żyłach nóg (zakrzepica żył głębokich) z bólem i obrzękiem. Wyjątkowo zakrzep może przenieść się do płuc i spowodować bardzo groźny stan zagrażający życiu.
- c. może dojść do zawału serca lub udaru mózgu.
- d. podczas operacji żyłaków zdarzają się przypadki śmiertelne jednak operację należy uznać za bezpieczną, a realne ryzyko śmierci jest bardzo małe.

Szczególne czynniki ryzyka:

- a. wyjątkowo rzadko dochodzi do uszkodzenia tętnic lub żył głębokich co wymaga poszerzenia zakresu zabiegu lub ponownej operacji .
- b. czasami dochodzi do uszkodzenia nerwów co objawia się najczęściej uczuciem mrowienia i drętwienia, szczególnie okolicy kostek.
- c. rany mogą się goić nieprawidłowo powodując zgrubienia, zaczerwienienia i ból, a czasem mogą ulegać zakażeniu i ropieniu.
- d. u chorych z nadwagą istnieje większe ryzyko zakażenia ran, zapalenia płuc, zakrzepicy żylniej oraz powikłań sercowo-płucnych.
- e. podobne zagrożenia występują u palaczy papierosów.
- f. po zabiegu może pojawić się utrwalony obrzęk kończyny na skutek uszkodzenia odpływu chłonki - uszkodzenie naczyń chłonnych.

Inne możliwe powikłania to zropienie ran, ropienie tkanki podskórnej, oparzenie skóry wzdłuż zamykanej żyły, zakrzepica żył głębokich kończyny, uszkodzenie żyły udowej i utrwalony obrzęk kończyny. Skuteczność zamykania żyły sposobem laserowym wynosi około 95%. Zostałem/am poinformowany o możliwości powstania żylaków nawrotowych, tj. mogących pojawić się po wykonaniu w/w zabiegu.

Oświadczam, że lekarz przedstawił mi mój stan zdrowia i wyjaśnił mi istotę proponowanej operacji. Ja zaakceptowałem przedstawione ryzyko wynikające z przeprowadzenia operacji. Ponadto lekarz przedstawił mi rokowanie i ryzyko jakie ponoszę nie poddając się zaproponowanej operacji. Dodatkowo lekarz wyjaśnił mi jakie leczenie i z jakimi prawdopodobnymi skutkami może mi zaproponować jeżeli nie poddałbym się operacji.

Otrzymałem/am kopię mojej zgody na przeprowadzenie operacji, otrzymałem /am treść tej zgody drogą e-mailową.

Oświadczam, że lekarz udzielił mi wyczerpujących informacji na temat mojej choroby i proponowanej operacji. Otrzymałem odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie lekarzowi pytania i jestem odpowiedzią usatysfakcjonowany. Zapoznałem się z informacją i wzorem zgody na zabieg usunięcia żylaków metodą laserową wg wzoru Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, które zostały mi przesłane drogą poczty elektronicznej.

Wyrażam zgodę na przetoczenie mi preparatów krwi jeżeli zajdzie taka potrzeba. Zostałem poinformowany, który lekarz będzie wykonywał operację ale wyrażam też zgodę na wykonanie operacji przez innego lekarza jeżeli zajdzie taka potrzeba.

Lekarz poinformował mnie, iż w razie zaistnienia wypadków bezpośrednio zagrażających mojemu życiu będą prowadzone wszelkie działania ratujące mnie.

Zostałem/am poinformowany i nie budzi to moich wątpliwości, że nie ma żadnej gwarancji, iż operacja poprawi stan mojego zdrowia, a nawet może dojść do jego pogorszenia.

Zostałem/am poinformowany o rodzaju planowanego znieczulenia- PLANOWANE JEST ZNIECZULENIE tumescencyjne (miejscowe) z dożylną sedacją(leki, propofol, midanium i fentanyl). W razie konieczności może być zastosowane ogólne uśpienie. Zostałam/em poinformowany o wadach i zaletach oraz możliwości określonych powikłań tego rodzaju znieczuleń.

Zostałam/em poinformowany o postępowaniu po zabiegu- zalecono kontrolę w dniu następnym po zabiegu. Zostałem poinformowana/y, by w razie krwawienia/krwotoku z rany założyć opatrunek uciskowy: gazę i mocno przybandażować opaską uciskową, położyć się unieść kończynę oraz wezwać pogotowie ratunkowe lub udać się do najbliższego szpitala.

Biorąc pod uwagę wszystko co powyżej przeczytałem, proszę o przeprowadzenie proponowanej operacji.

Podpis chorego: Data:

Podpis i pieczęć lekarza: