MOTO-MED

……
Miejscowość, data

Oświadczenie pacjenta/Zgoda na zabieg podania fibryny bogatopłytkowej

Nazwisko i imię pacjenta ……..
Data urodzenia i PESEL ……..
Zamieszkanie ……..

Oświadczam, że lekarz / lekarz dentysta …….. imię i nazwisko udzielił mi przystępnej informacji o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu i proponowanej metodzie leczenie schorzenia:
…….
poprzez przeprowadzenie zabiegu aplikacji, w miejsce:
……., fibryny bogatopłytkowej.

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

Wyrażam zgodę na zabieg z przerwaniem ciągłości tkanek (pobieranie krwi) w celu uzyskania fibryny bogatopłytkowej użytej następnie do aplikacji w w/w miejsce.

……
/podpis pacjenta/

Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku oraz o możliwych powikłaniach wynikających z przeprowadzonego zabiegu podania fibryny bogatopłytkwoej w postaci:

- braku efektu leczniczego
- procesu zapalnego możliwego zasinienia lub wylewy podskórny w miejscu podania
- Bólu/świądu skóry

jak również zapoznałem się z przeciwskazaniami do powyższego zabiegu operacyjnego w postaci:

- zespołu wątrobowo nerkowego
- leczenia środkami immunosupresyjnymi
- ostrych zakażeń wirusowych (HCV HBS 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 fibryn bogatopłytkowej.

……
data i czytelny podpis pacjenta