

Świadoma zgoda pacjenta na przeprowadzenie zabiegu: wycięcie fałdów brzeżnych

GDAŃSK, DATA:
IMIĘ I NAZWISKO:
PESEL:
DATA URODZENIA:
ULICA I NUMER DOMU:.....
KOD POCZTOWY, MIASTO:.....
NUMER TELEFONU:.....
E-MAIL:.....

Fałdy anodermalne, inaczej zwane „fałdy brzeżne odbytu” to przerośnięta, rozciągnięta skóra w okolicy odbytu. Problem może pojawić się u każdej osoby, bez względu na płeć. Fałdy anodermalne mogą mieć rozmiar od kilku milimetrów do ok. jednego – dwóch centymetrów. Choć jest to dolegliwość natury estetycznej, może również utrudniać utrzymywanie odpowiedniej higieny, co z kolei często prowadzi do powstawania stanów zapalnych czy problemów ze światłem w okolicy odbytu. Powstaje wówczas medyczne wskazanie do usunięcia powstałej zmiany. Przede wszystkim jednak problem ten powoduje dyskomfort u pacjentów, często jest kompleksem, który utrudnia życie intymne. Przyczyny powstawania fałd anodermi nie są jednoznacznie określone. Bardzo często towarzyszy on jednak chorobie hemoroidalnej, w której naddatek skóry wynika z faktu zaistnienia samej dolegliwości

Opis zabiegu

Są dwie możliwości leczenia (chirurgiczna i laserowa). Jedynie wcześniejsza konsultacja proktologiczna połączona z dokładną oceną stanu okolicy odbytu pozwala na wybór właściwej metody leczenia. Chirurgiczna polega na wycięciu fałdów w znieczuleniu miejscowym i założeniu w to miejsce szwów wchłanialnych. Zabieg trwa ok 10-20 minut. Po zabiegu pacjent otrzymuje szczegółowe zalecenia dotyczące pielęgnacji rany pooperacyjnej i może wrócić do domu.

Zalecenia po zabiegu

Wskazane jest aby w okresie gojenia rany czyli ok 10 dni unikać forsownego wysiłku fizycznego oraz stosować dietę zapobiegającą zaparciom. Szczególnie istotna jest higiena okolicy odbytu. Po ok. 7 dniach wskazana jest kontrola po zabiegu. Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam zgodę na proponowany zabieg.

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia
- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego i na wiążące się z tym koszty
- stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

DATA

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

PODPIS LEKARZA

.....

.....

.....