

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU "Lifting krocza z użyciem Vaginal Narrower®,"

Imię i Nazwisko.....

.....

Nr Pesel

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na zabieg „Lifting krocza z użyciem Vaginal Narrower®,”

Jestem świadoma, że po analizie przeprowadzonych dotychczas badań rozpoznano u mnie defekt funkcjonalno-estetyczny o charakterze szerokiego wejścia do pochwy i/lub wiotkości tkanek krocza. Zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej istnieją wskazania do leczenia zabiegowego. Leczenie zabiegowe defektu funkcjonalno-estetycznego o charakterze szerokiego wejścia do pochwy i/lub obniżenia napięcia tkanek krocza (wiotkości), polega na zastosowaniu liftingu za pomocą samokotwiczącej nici wchłaniającej typu Vaginal Narrower®.

Po dokładnej analizie lekarz zaproponował mi następujący zabieg: Vaginal Narrower. Celem tego zabiegu jest zwężenie wejścia do pochwy i lifting tkanek krocza.

Zostałam poinformowana o alternatywnej metodzie leczenia mojego schorzenia: to jest klasycznej plastyce krocza lub plastyce krocza, pochwy i mięśni krocza.

Są dla mnie zrozumiałe korzyści z przeprowadzenia zabiegu „Lifting krocza z użyciem Vaginal Narrower® „, takie jak: zwężenie wejścia do pochwy, w wyniku czego zostanie podwyższone krocze.

Rozumiem, że żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem.

Lekarz przedstawił mi i dokładnie objaśnił, możliwe występują powikłania związane z tym zabiegiem mogą wystąpić:

- Reakcje zapalne tj.: zaczerwienienie, opuchlizna, obrzęk, wysypka skórna itp., którym może towarzyszyć ból w miejscu ukłucia. Te reakcje niepożądane ustępują zazwyczaj po kilku dniach.
- Wtórny krwawieniu lub krwiakach wymagających interwencji operacyjnej (założenia szwów hemostatycznych).
- Powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy).
- Zakażeniu tkanek krocza.
- Pogorszeniu jakości życia płciowego.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania lekarza o wystąpieniu któregośkolwiek z działań niepożądanych.

Otrzymałam szczegółowe i zrozumiałe dla mnie informacje na temat „Liftingu krocza z użyciem Vaginal Narrower®„, związanych z nią oczekiwanych korzyści i zagrożeń, a także – przede wszystkim – ograniczeń danej procedury.

Wszelkie wyjaśnienia przekazano mi w dostatecznie zrozumiałym dla mnie języku. Lekarz odpowiedział na moje pytania i miałam dostatecznie dużo czasu na rozważenie uzyskanych informacji, co pozwoliło mi na podjęcie decyzji, iż zgadzam się na zabieg „Lifting krocza z użyciem Vaginal Narrower®”.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszelkich innych inwazyjnych procedur medycznych, takich jak zastosowanie samokotwiczącej nici wchłanialnej typu Vaginal Narrower®, istnieje ryzyko wystąpienia działań niepożądanych w odpowiedzi na zastosowany preparat lub w związku z samą procedurą wykonania „Liftingu krocza z użyciem Vaginal Narrower®”. Te działania niepożądane opisano w ulotce informacyjnej preparatu i wymieniono ponownie w tym dokumencie, a także zostały mi one wyjaśnione przez lekarza.

Lekarz zapewni Pani wszelką konieczną pomoc umożliwiającą złagodzenie ewentualnych działań niepożądanych, a także – możliwie jak najszybciej – powiadomi dystrybutora lub wytwórcę nici o wystąpieniu takich działań niepożądanych.

Obecnie przyjmuję następujące leki/ suplementy diety/witaminy:.....
.....
.....

Operacje, zabiegi (w tym zabiegi z zakresu estetyki) wykonane u mnie w okresie ostatniego roku.....
.....
.....

Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem żadnych informacji dotyczących mojego wywiadu chorobowego lub chirurgicznego, bądź przyjmowanych przeze mnie leków.

W celu zmniejszenia ryzyka krwotoku, zobowiązuję się do niestosowania żadnych leków przeciwzapalnych lub preparatów zawierających aspirynę w ciągu 24 godzin poprzedzających zabieg i poszczególne wizyty kontrolne, tak aby nie zakłócić pomiarów oceniających efekty leczenia.

Niniejszym zaświadczam, że:

- Nie stosuję obecnie żadnego leczenia przeciwkrzepliowego.
- Nie występuje u mnie żadne schorzenie tarczycy, ani choroba autoimmunologiczna, a także nie stosuję obecnie żadnego leczenia z powodu tych chorób.
- Nie występują u mnie żadne zapalne lub zakaźne choroby skóry, a w szczególności żadne uprzednio istniejące zakażenia sromu lub pochwy w miejscu podania wstrzyknięcia, które są pochodzenia wirusowego (np. brodawczak, opryszczka), bakteryjnego lub grzybiczego.
- Nigdy nie wszczepiano u mnie trwałych lub półtrwałych implantów śródskórnych.
- Nie stosowano u mnie żadnych resorbowalnych implantów śródskórnych w miejscu, które zostanie poddane leczeniu.
- Nie występuje u mnie potwierdzona nadwrażliwość(uczulenie) na którykolwiek ze składników stosowanych do znieczulenia miejscowego.



- Nie jestem w ciąży i nie karmię dziecka piersią.
- Nie występują u mnie żadne zaburzenia gojenia (blizna hipertroficzna itp.).
- Nie występują u mnie żadne nie zdiagnozowane krwawienia z pochwy.

Wyrażam zgodę na leczenie prowadzone przez lekarza oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego zaleceń. W szczególności zobowiązuję się do:

- Nie wykonywania czynności powodujących ucisk obszaru poddanego leczeniu przez okres do 14 dni (jazdy na rowerze, jazdy konno itp.).
- Nieodbywania stosunków płciowych w ciągu 5 dni po podaniu wstrzyknięcia.
- Nieprzebywania w zatłoczonych i/lub wilgotnych miejscach (basenach, łaźniach tureckich, jacuzzi, salach sportowych, siłowni itp.) przez 10 dni po podaniu wstrzyknięcia.

Sporządzono: Warszawa, dn.

Czytelny podpis pacjentki:

Poinformowałam/em pacjentkę o zaleceniach, przeciwwskazaniach i możliwych powikłaniach zabiegu.

Czytelny podpis lekarza:.....