

**INFORMACJA DLA PACJENT ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY W  
PRZEPROWADZENIU ZABIEGU SKLEROTERAPII**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA / PACJENTKI.....

**Podstawowe informacje dotyczące zabiegu skleroterapii**

Pod pojęciem skleroterapii (leczenia obliterującego) rozumiemy zaplanowane i wybiórcze wstrzykiwanie do żyłaków / żył siatkowatych / „pajęczków naczyniowych” substancji, która wywołuje w nich uszkodzenie śródbłonna wskutek czego dochodzi do ich zamknięcia.

Żyłaki kończyn dolnych nie są stanem bezpośredniego zagrożenia życia, niemniej jednak stwarzają one ryzyko powikłań takich jak: zapalenia żył głębokich, owrzodzenie goleni i zatorowość płucną. Przyjętymi metodami postępowania są klasyczne zabiegi chirurgiczne procedury skleroterapii, laserowe operacje żyłaków metodą EVLT, a także kompresjoterapia leczenie zabiegowe „pajęczków naczyniowych” z medycznego punktu widzenia nie jest obowiązkowe. Alternatywną metodą postępowania jest kompresjoterapia lub laseroterapia.

**Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu skleroterapii.**

A/ bezwzględne; unieruchomienia, powierzchniowe lub głębokie zakrzepice naczyń tylnych, znaczna alergia na środki obliterujące (Polidokanol = Aethoxysclerol), ciąża, ciężka choroba układów miejscowa lub uogólniona infekcja, miażdżycza zarostowa tętnic kończyn dolnych.

B/ względne: cukrzyca, obrzęki goleni, astma oskrzelowa oraz inne choroby alergiczne, trombofilia

UWAGA: Należy zgłosić lekarzowi jeżeli występuje jakikolwiek z powyższych powodów.

**Możliwość wystąpienia powikłań**

Nie istnieją w medycynie procedury zabiegowe, które choćby teoretycznie nie wiązałyby z ryzykiem powikłań - dotyczy to także leczenia obliterującego. Ciężkie, zagrażające życiu powikłania skleroterapii (wstrząs związany z uczuleniem, zastrzyk dotętniczny z martwicy praktycznie nie zdarzają się, z drugiej jednak strony w kontekście setek tysięcy przeprowadzanych corocznie na świecie zabiegów skleroterapii. także one odnotowany były w literaturze fachowej.

Potencjalnymi, choć rzadkimi powikłaniami mogą być:

- ból w okolicy poddanej skleroterapii - częste powikłanie zwłaszcza w pierwszych 2 -dniach po zabiegu - niemal zawsze przejściowy
- przebarwienia skóry - u około 7 - 30 % pacjentów. Z reguły ustępuje po okresie do 1 roku, niezwykle rzadko dłużej.
- Rozszerzenie lokalnych naczyń włosowatych - u około 2 - 10 % pacjentów.
- Lokalna martwica skóry - u mniej niż 1% pacjentów.
- Zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub powierzchniowych kończyn dolnych - u około 0,5 – 1% pacjentów. Przy obliteracji „pajęczków naczyniowych” praktycznie nie występują.
- Infekcja w miejscu podania sklerozantu - u około 0,001% pacjentów.
- inne: krwiak w miejscu iniekcji, miejscowe reakcje pokrzywkowe, skrzep w świetle żyły.

## **Wyniki leczenia**

Z zdecydowanej większości przypadków przeprowadzenie zabiegu skleroterapii przynoszą bardzo dobre rezultaty kosmetyczne. Pomimo tego, uzyskanie pożądanego efektu nigdy nie może być zagwarantowane, a w wyjątkowych przypadkach zdarza się, że osiągnięty efekt jest gorszy niż przed zabiegiem.

## **Postępowanie po zabiegu**

Chodzenie przez minimum pół godziny, kompresjoterapia - w tym w sposób nieprzerwanie 2 - 7 dni, przy dolegliwościach bólowych: zimne okłady oraz paracetamol, kontrola po 1 - 2 tyg. Rozmowa z lekarzem

Prosimy, aby zapytał/a/ Pan/i/ o wszystko co chciałaby wiedzieć w związku z planowanym zabiegiem skleroterapii.

## **Zastrzeżenia pacjentki**

### **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W pełni zrozumiałe(a)m informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości pytań i na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza po rozmowie wyjaśniającej z dr .....spełnione zostały wszelkie wymagania co do informacji na temat:

- Rozpoznanie
- Proponowanych oraz alternatywnych metod leczenia
- Dających się przewidzieć następstw zastosowania skleroterapii oraz ryzyka z nią związane
- Ostatecznych wyników skleroterapii.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu skleroterapii.

**Data**

**Podpis lekarza**

**Podpis pacjenta**

