

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU SKLEROTERAPII

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 (czyli warstwy wewnętrznej naczynia), wskutek czego dochodzi od ich zamknięcia. Żyłki kończyn dolnych nie są stanem bezpośredniego zagrożenia życia, niemniej jednak stwarzają one ryzyko powikłań takich jak: zapalenie żył głębokich, owrzodzenia łydki czy zatorowość płucna. Przyjętymi metodami postępowania są klasyczne zabiegi chirurgiczne, procedury skleroterapii, laserowe operacje żyłaków metodą EVLT, endowaskularne operacje z zastosowaniem ablacji termicznej metodą RF (fale radiowe wysokiej częstotliwości), a także kompresjoterapia. Leczenie zabiegowe „pajęczków naczyniowych” z medycznego punktu widzenia nie jest obowiązkowe. Alternatywną metodą postępowania jest kompresjoterapia (noszenie pończochy uciskowych), zabieg RF lub laseroterapia.

Zabiegi skleroterapii wykonuje się z użyciem leku polidokanol [inna nazwa: Aethoxysclerol]. Lek ten występuje w czterech stężeniach: 0,5%, 1%, 2%, 3%. Stężenie dobierane jest w zależności od zaawansowania zmian żylnych. Stężenia 2% i 3% używane są w czasie zabiegów na żyłki pod kontrolą USG i podawane są przez cewnik lub wenflon a także bezpośrednio przez igłę do dużych pni żylnych.

WARUNKIEM BEZWZGLĘDNYM przystąpienia do wykonania zabiegu jest posiadanie przez pacjenta w dniu jego wykonania **POŃCZOCH UCISKOWYCH** o drugim stopniu ucisku dobranych na wymiar.

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu skleroterapii

a/ bezwzględne: unieruchomienie kończyn (np: opatrunki gipsowe, ortezy), zakrzepica naczyń żylnych powierzchniowych lub głębokich, znana alergia na środki obliterujące (Polidokanol [inna nazwa: Aethoxysclerol]), ciąża, ciężka choroba układowa, miejscowa lub uogólniona infekcja, miażdżyca tętnic kończyn dolnych,

b/ względne: cukrzyca, obrzęk łydki, astma oskrzelowa oraz inne choroby alergiczne, trombofilia.

UWAGA! JEŚLI WYSTĘPUJE KTÓRYKOLWIEK Z POWYŻSZYCH STANÓW BEZWZGLĘDNIE NALEŻY TO ZGŁOSIĆ LEKARZOWI

Możliwość wystąpienia powikłań

Nie istnieją w medycynie procedury zabiegowe, które choćby teoretycznie nie wiązały się z ryzykiem powikłań - dotyczy to także leczenia obliterującego. Ciężkie, zagrażające życiu powikłania skleroterapii (wstrząs związany z uczuleniem, zastrzyk dotętniczy z martwicą) praktycznie się nie zdarzają, z drugiej

jednak strony w kontekście setek tysięcy przeprowadzanych corocznie na świecie zabiegów skleroterapii, także one były odnotowywane w literaturze fachowej. Potencjalnymi, choć rzadkimi powikłaniami mogą być:

- ból w okolicy poddanej skleroterapii - częste powikłanie zwłaszcza w pierwszych 2-3 dniach po zabiegu - niemal zawsze przejściowy
- krwiaki, siniaki w okolicach miejsc iniekcji (prawdopodobieństwo wystąpienia ponad 50%)
- przebarwienia skóry - u około 7-30% pacjentów. Z reguły ustępuje po okresie do pół roku, niezwykle rzadko dłużej
- rozszerzenie lokalnych naczyń włosowatych - u około 2-10% pacjentów
- lokalna martwica skóry - u mniej niż 1% pacjentów, gojenie trwa kilka tygodni
- zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub powierzchownych kończyn dolnych - u około 0,1% pacjentów. Przy obliteracji „pajęczków naczyniowych” praktycznie nie występuje
- infekcje w miejscu podania roztworu sklerosantu - u około 0,001% pacjentów
- inne: miejscowe reakcje pokrzywkowe, skrzep w świetle żyły

Wyniki leczenia

W zdecydowanej większości przypadków przeprowadzenie zabiegu skleroterapii pozwala osiągnąć bardzo dobre rezultaty kosmetyczne. Pomimo tego, uzyskanie pożądanego efektu nigdy nie może być zagwarantowane, a w wyjątkowych przypadkach zdarza się, że osiągnany jest efekt gorszy niż przed zabiegiem. Na uzyskany efekt ma wpływ stosowanie się do zaleceń pozabiegowych a w szczególności noszenie wyrobów uciskowych.

Postępowanie po zabiegu

1. Chodzenie przez minimum pół godziny bezpośrednio po zabiegu,
2. Kompresjoterapia - w tym w sposób nieprzerwany 24h. (zabieg kończy się założeniem pończochy, której nie wolno ściągać nawet w celu higieny).
3. Po upływie 24h kompresoterapia 14-21 dni, poprzez noszenie pończochy przez cały dzień i ściągnięcie jej na noc
4. Przy dolegliwościach bólowych: zimne okłady oraz paracetamol, kontrola po 1-2 tygodniach.
5. Po zabiegu należy unikać gorących kąpielii, sauny a także nie opalać miejsc ostrzykiwanych przez miesiąc.

Oświadczenie pacjenta

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

(miejsca na pytania pacjenta do lekarza odnośnie zabiegu)

.....
.....

.....
.....
.....
Oświadczam, że dr #Imiona_i_nazwisko przeprowadził ze mną rozmowę wyjaśniającą o proponowanym zabiegu (skleroterapii). Zapoznałem/am się z treścią powyższej informacji oraz zostałem/ am poinformowany o postępowaniu przed- i pooperacyjnym oraz o typowych powikłaniach związanych z proponowaną operacją i zabiegami towarzyszącymi. Przedstawiono mi również możliwość zastosowania innego postępowania medycznego. Zrozumiałem/am wyjaśnienia lekarza, czuję się wystarczająco poinformowany/a, nie mam wiece pytań i po wystarczającym czasie do namysłu wyrażam zgodę na planowana operację. Jednocześnie zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania chirurgicznego oraz czynności konieczne do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed operacją okoliczności. Moja zgoda dotyczy także ewentualnego koniecznego przetaczania krwi. Wiem także, że w związku z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego dla personelu medycznego istnieje możliwość ekspozycji na moją krew lub inny płyn z mojego ciała (wydaliny, wydzieliny). Dlatego w razie zaistnienia takiej sytuacji wtedy, gdy będę znajdował/a się pod wpływem narkozy lub innych środków uspakajających/ nasennych lub narkotycznych leków przeciwbólowych wyrażam także zgodę na pobranie mojej krwi w kierunku HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, które są niezbędne w postępowaniu poekspozycyjnym dla personelu medycznego.

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

Imię i nazwisko Pacjenta:**PESEL:**

Data:..... Podpis: