

Nazwisko i Imię

Data urodzenia lub PESEL

Adres

Telefon kontaktowy

Następujące oświadczenie proszę podpisać dopiero wtedy, gdy nie będą mieli Państwo żadnych pytań i wątpliwości dotyczących diagnostyki fotodynamicznej (PDD) i terapii fotodynamicznej (PDT).

Podpis proszę złożyć w obecności lekarza dermatologa wykonującego zabieg.

ZGODA NA DIAGNOSTYKĘ I TERAPIĘ FOTODYNAMICZNA

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na diagnostykę i leczenie fotodynamiczne z użyciem aparatu PhotoDyn i środka fotouczulającego w kremie zawierającego aminolewulinian metylu.

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Przyjąłem/am do wiadomości, że przeciwwskazaniami do terapii fotodynamicznej są:

- ciąża (lub karmienie piersią),
- opalenizna rozumiana jako niedawna ekspozycja na promieniowanie słoneczne lub korzystanie z solarium w okresie ostatniego miesiąca,
- stosowanie leków zwiększających wrażliwość skóry na światło,
- stosowanie niektórych ziół (np. dziurawca, nagietka – należy przerwać na 2 tygodnie przed zabiegiem),
- stosowanie kremów z retinolem i witaminą C (należy przerwać na 2 tygodnie przed zabiegiem),
- stosowanie samoopalacza (przerwać na tydzień przed zabiegiem)
- cukrzyca,
- bielactwo, łuszczyca lub inne choroby z autoagresji (autoimmunologiczne),
- zakażenie wirusem opryszczki pospolitej,
- spożywania alkoholu (na 24 godziny przed zabiegiem zabronione),
- niedawne stosowanie aspiryny, ibuprofenu lub innych leków przeciwzapalnych,
- niedawne stosowania peelingów

Przyjąłem/am do wiadomości, że stosowanie w czasie terapii innych leków, kosmetyków, w szczególności kremów i maści, musi być uzgodnione z lekarzem dermatologiem nadzorującym terapię.

.....
data, godzina i czytelny podpis pacjenta

.....
data i podpis lekarza