

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 terapii.

Podpis proszę złożyć w obecności lekarza dermatologa nadzorującego terapię.

## **ZGODA NA TERAPIĘ SUP 311nm / PUVA / re-PUVA \***

**Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na cykl dermatoterapeutyczny światłem UVB / UVA**

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

Przyjąłem do wiadomości, że światłoterapii dermatologicznej towarzyszy wystąpienie rumienia skóry. Dawki powodujące lekkie zaczerwienienie skóry są dawkami skutecznymi.

Przyjąłem/am do wiadomości, że powikłaniami terapii mogą być oparzenia, szybkie starzenie się skóry, wzrost ryzyka rozwoju niemelanocytowych nowotworów skóry - głównie pod postacią raka kolczystokomórkowego. Po przyjęciu farmakologicznego środka fotouczulającego podczas cyklu terapii PUVA szczelnie zasłaniać ciało i twarz przed promieniami słońca oraz przez min. 10 godzin będę stosować ochronne okulary przeciwsłoneczne z filtrem UV bez względu na stan pogody (nawet podczas dużego zachmurzenia).

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*

\*zaznaczyć typ światłoterapii