

Warszawa, dnia _____ r.

ZGODA NA ZAŁOŻENIE IMPLANON NXT

Ja, niżej podpisana/y (nazwisko i imię) _____

Adres: _____

PESEL: _____

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: _____

Nazwa i numer dokumentu tożsamości: _____

niniejszym oświadczam, że przyjąłem do wiadomości i rozumiem iż:

1. Istnieją u mnie wskazania medyczne do wykonania u mnie zabiegu założenia implantu podskórnego o działaniu antykoncepcyjnym
2. Zabieg założenia implantu polega na wprowadzeniu w tkankę podskórną przedramienia jałowego implantu.
3. możliwe powikłania przeprowadzenia zabiegu założenia implantu obejmują:
 - stan zapalny w miejscu wprowadzenia implantu
 - ból podczas zabiegu założenia implantu
 - krwawienie i powstanie krwiaka w miejscu po wprowadzeniu implantu
 - przemieszczenie się implantu (np. w wyniku manipulacji przy implantacji lub uprawiania sportów kontaktowych) wymagające lokalizacji implantu za pomocą badania radiologicznego lub ultrasonograficznego oraz większego nacięcia podczas usuwania.
 - implant podskórny może ulec wysunięciu, szczególnie, jeśli nie został wprowadzony zgodnie z instrukcjami

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu leczenia oraz braku ryzyka związanego z zabiegiem. Powikłania związane z założeniem implantu mogą polegać na:

- podwyższeniu ciśnienia tętniczego krwi,
- stosowanie środków antykoncepcyjnych zawierających progestageny może wpływać na obwodową insulinooporność oraz tolerancję glukozy.
- w rzadkich przypadkach może wystąpić ostuda, szczególnie u kobiet, u których wystąpiła ona w okresie ciąży. W czasie stosowania implantu podskórnego Implanon NXT kobiety z tendencją do ostudy powinny unikać ekspozycji na słońce i promieniowanie ultrafioletowe.
- u kobiet z nadwagą, w trzecim roku stosowania implantu, nie można wykluczyć, że skuteczność będzie zmniejszona w porównaniu z grupą kobiet o prawidłowej masie ciała. Lekarze mogą, zatem rozważyć wcześniejszą wymianę implantu podskórnego u kobiet z nadwagą.
- przy stosowaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych o małych dawkach może dojść do nadmiernego rozwoju pęcherzyków jajnikowych, tak, że osiągną one rozmiary większe niż w prawidłowym cyklu. Zazwyczaj, powiększone pęcherzyki zanikają samoistnie. Często nie dają objawów; w pewnych przypadkach mogą być przyczyną łagodnego bólu brzucha. Bardzo rzadko wymagają interwencji chirurgicznej.
- Ciąża pozamaciczna: Ochrona przed ciążą pozamaciczną, jaką dają tradycyjne środki antykoncepcyjne zawierające tylko progestagen, nie jest tak duża, jak w przypadku złożonych doustnych środków antykoncepcyjnych, co jest związane z częstszym występowaniem owulacji. Pomimo, że Implanon NXT w sposób ciągły będzie hamował owulację, ciążę pozamaciczną należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej u kobiet z zatrzymaniem miesiączki i bólami brzucha.

CieŜkie zagraŹające Źyciu lub Źmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu są niezwykle rzadkie

ponadto oŹwiadczam, Źe:

1. wszystkie informacje podane przeze mnie w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą,
2. zostałam w sposób szczegółowy i zrozumiały poinformowana przez lekarza przyjmującego niniejsze oŹwiadczenie, o zabiegu załoŹenia implantu podskrznego, jego celu i charakterze, ryzyku zwizonym z załoŹeniem implantu, o dających się przewidzieć jego następstwach dla mojego stanu zdrowia w przyszłości, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony moich danych osobowych, srodkach bezpieczeŹstwa prowadzących do ochrony tych danych,
3. zostałam poinformowana o alternatywnych moŹliwoŹciach dla załoŹenia implantu, cznie z moŹliwoŹci jego zaniechania,
4. miałam moŹliwoŹć zadawania pytaŹ w zakresie w/w spraw i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi,
5. zostałam poinformowana o kosztach załoŹenia wkłdki wewnątrzmacicznej, które akceptuje,
6. mam pełna zdolnoŹć do czynnoŹci prawnych,
7. **dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zabiegu załoŹenia implantu Implanon NXT (nie wciwice skreŹić)**

(podpis Pacjentki)

OŹwiadczenie Lekarza:

niniejszym oŹwiadczam, Źe:

Pacjentka (*imię i nazwisko*) _____
uzyskała ode mnie wyczerpujące ustne informacje na temat zabiegu załoŹenia implantu Implanon NXT , jego celu i charakterze, ryzyku zwizonym z załoŹeniem wkłdki wewnątrzmacicznej, o dających się przewidzieć następstwach dla stanu zdrowia pacjentki w przyszłości, o alternatywnych moŹliwoŹciach dla załoŹenia wkłdki wewnątrzmacicznej, cznie z moŹliwoŹci jego zaniechania, tajemnicy lekarskiej, sposobie gromadzenia i ochrony danych osobowych pacjentki, srodkach bezpieczeŹstwa prowadzących do ochrony tych danych i jestem całkowicie przekonany, Źe w pełni je zrozumiała.

(podpis i pieczętka lekarza, w obecnoŹci którego podpis złoŹyła Pacjentka)

Zgodę podpisano w Gabinetcie Ginekologicznym GYN-CARE, ul. Chodkiewicza 7 LU4, 02-593 Warszawa