

GABINET:
SILVER CARE GROUP SP. Z O.O.
NIP: 725-236-21-20
J.Kilińskiego 121 lok. 9/10
90-049 Łódź, Polska

PACJENT:

INFORMACJE I ZGODA NA ZABIEG WAZEKTOMII (PRZECIĘCIA NASIENIOWODÓW)

Instrukcja:

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu wazektomii (przecięcia nasieniowodów) oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan przeczytał te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Informacje ogólne- Charakterystyka zabiegu wazektomii.

Wazektomia to procedura, która w sposób odwracalny uniemożliwia zapłodnienie podczas stosunku płciowego. Pacjent po skutecznej wazektomii staje się, do czasu jej odwrócenia, nieplodny. Przed odwróceniem wazektomii jedyną szansą na potomstwo to skorzystanie z plemników zdeponowanych w banku nasienia lub pobranych z najądrzy i metod wspomaganego rozrodu, czyli zapłodnienia in-vitro. Przywrócenie płodności po wazektomii jest procedurą dużo bardziej skomplikowaną, znacznie droższą i cechującą się zdecydowanie niższą skutecznością niż przecięcie nasieniowodów. Nawet prawidłowe i skuteczne przywrócenie ciągłości i drożności nasieniowodów nie gwarantuje możliwości naturalnego zapłodnienia, szansę na uzyskanie ciąży szacuje się na 40-50%.

Wazektomia to metoda antykoncepcji dla mężczyzn cechująca się bardzo wysoką skutecznością i dobrym profilem bezpieczeństwa. Zabieg polega na przecięciu nasieniowodów, czyli przewodów doprowadzających plemniki z najądrzy do gruczołu krokowego, co nie pozwala na ich połączenie się z ejakulatem. Nasienie pozbawione plemników nie zmienia swojego wyglądu ani objętości (może dojść do jej spadku o 2-5%), a sam zabieg nie wpływa na możliwość uzyskania erekcji, libido czy odczuwanie przyjemności związanej ze współżyciem. Dodatkowym efektem zabiegu jest redukcja stresu związanego z niechcianą ciążą i tym samym lepsza jakość seksu.

Poniżej znajdzie Pan informacje na temat zabiegu wazektomii, ankietę oraz formularz świadomej zgody.

Wskazania:

Wskazaniem zabiegu wazektomii jest chęć uzyskania trwałej i skutecznej antykoncepcji.

Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na wstrzemięźliwości seksualnej, stosowanie barierowych metod antykoncepcji (prezerwatywy), stosowanie skutecznej antykoncepcji przez partnerkę seksualną.

Celem proponowanego zabiegu jest:

Przerwanie ciągłości nasieniowodów, uzyskanie czasowej nieplodności.

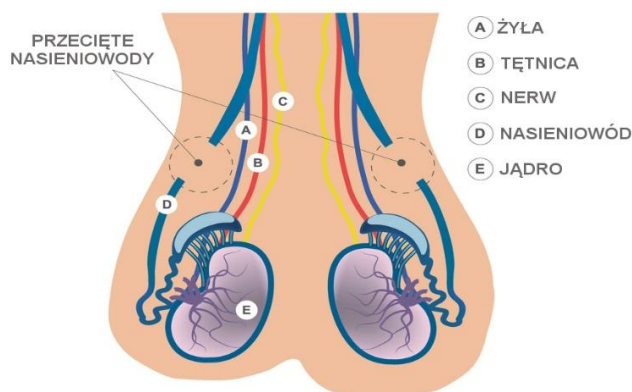
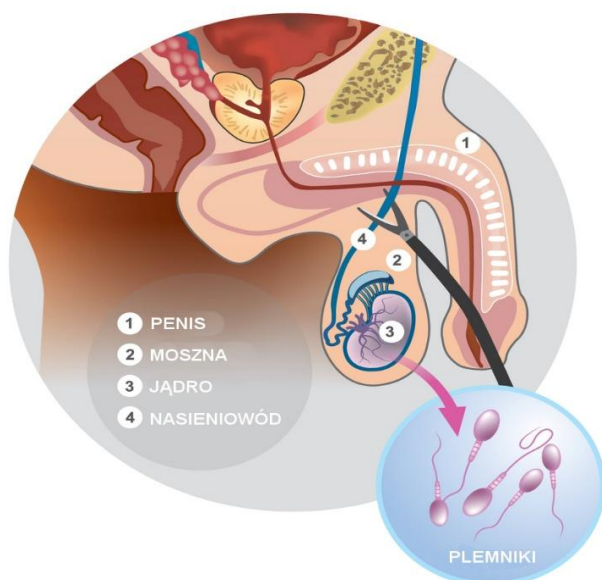
Przygotowanie do zabiegu:

Przed zabiegiem konieczna jest wizyta kwalifikacyjna podczas, której lekarz urolog zbiera wywiad lekarski, przeprowadza badania urologiczne i USG moszny oraz omawia kwestie związane z zabiegiem. W razie dodatkowych wskazań lekarz może zlecić wykonanie odpowiednich badań krwi. Ze względu na czasową niepłodność wywołaną zabiegiem wazektomii oraz ryzyko znacznego obniżenia płodności nawet po skutecznym i udanym odwróceniu wazektomii wskazane jest zdeponowanie nasienia w banku nasienia wpisanego do prowadzonego przez Ministra Zdrowia Rejestru Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków. Lista dostępna jest na stronie internetowej <https://roib.ezdrowie.gov.pl>. Wykonanie wazektomii powinno być poprzedzone rozmową z aktualną partnerką, aby zminimalizować ryzyko rozpadu związku spowodowanego niemożnością posiadania dzieci w przyszłości. Przed zabiegiem wymagana jest również depilacja skóry moszny.

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

W dniu zabiegu należy zgłosić się do Kliniki w luźnym ubraniu (luźne spodnie) oraz ciasnej bieliźnie (slipy), co gwarantuje komfort bezpośrednio po zabiegu oraz minimalizuje ryzyko urazu mechanicznego, który może skutkować wystąpieniem krwawienia. Zabieg odbywa się w znieczuleniu miejscowym. Skóra moszny jest ostrzykiwana lekiem znieczulającym (lignokaina lub bupiwakaina) co gwarantuje pełną bezbolesność zabiegu. Lekarz po uprzednim odkażeniu okolicy specjalnym płynem, okłada pole zabiegowe jałowym obłożeniem. Następnie dokonuje małego otwarcia skóry moszny poniżej prącia. Nasieniowody zostają uchwycone specjalnym, dedykowanym do tego delikatnym narzędziem. Ma to na celu jak najmniejsze uszkodzenie tkanek, aby maksymalnie zwiększyć szanse powodzenia zabiegu odwrócenia wazektomii. Następnie nasieniowody zostają przecięte, a ich końce podwiązane i umieszczone między blaszkami powięzi co znacząco zwiększa skuteczność zabiegu. Jeżeli wybierze Pan wazektomię wykonaną tzw. metodą kanadyjską koniec przeciętego nasieniowodu biegnącego od jądra nie zostanie zamknięty zaś umieszczony poza osłonkami jądra, a drugi koniec zostanie zamknięty poprzez użycie ablacji termicznej, czyli skoagulowany – „trwale sklejonny”. Metoda kanadyjska dzięki umożliwieniu plemnikom swobodne opuszczenie najądrza znacząco redukuje ryzyko pojawienia powikłań między innymi pod postacią przewlekłego bólu jąder i/lub moszny. Ostatni etap wazektomii to założenie pojedynczego, cienkiego, rozpuszczalnego szwu na w miejscu przecięcia skóry moszny i jałowego opatrunku. Cały zabieg trwa do 60 minut.

MIEJSCE PRZECIĘCIA NASIENIOWODÓW



STAN PO WAZEKTOMII

Czynniki ryzyka związane z zabiegiem wazektomii:

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem wazektomii.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinien Pan omówić je z chirurgiem, aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje zabiegu.

1. Zapalenia najądrza i/lub nasieniowodu;
2. Przedłużony obrzęk i/lub zaczerwienienie moszny;
3. Krwaki moszny, niekiedy wymaga ponownej interwencji chirurgicznej – otwarcia i drenażu rany;
4. Nieprawidłowe/przedłużone gojenie się rany (blizna utrzymująca się nawet 6-9 miesięcy);
5. Zakażenie rany – wymaga zastosowania antybiotyków, a niekiedy ponownej interwencji chirurgicznej;
6. Bolesny ziarniniak nasienny i/lub nerwiak w obrębie końców przeciętych nasieniowodów;
7. Syndrom bólowy po wazektomii – przewlekły ból jąder i/lub moszny m. in. podczas współżycia, wysiłku fizycznego, którego leczenie może w ostateczności wymagać wykonania zabiegu odwrócenia wazektomii;
8. Zaburzenia nastroju i/lub obniżona samoocena i/lub depresja związane z niepłodnością;
9. Reakcja uczuleniowa na znieczulenie (ze wstrząsem anafilaktycznym i zgonem łącznie);
10. Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

Powikłania z winy pacjenta:

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach:

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych;
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne;
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety;
4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające:

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.

Konieczne dodatkowe leczenie:

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia. Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnej operacji.

WAZEKTOMIA W ŻADNYM STOPNIU NIE CHRONI PRZED CHOROBYMI PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ. ABY ZMNIJSZYĆ RYZYKO NALEŻY ZASTOSOWAĆ PREZERWATYWĘ, SZCZEGÓLNIE PODCZAS PRZYPADKOWEGO KONTAKTU SEKSUALNEGO.

Efekt antykoncepcyjny zabiegu nie pojawia się natychmiast, ale najwcześniej po 2-3 miesiącach. Ponadto w tym czasie niezbędne są ejakulacje, które spowodują „oczyszczenie” nasieniowodów z pozostałych plemników.

Dlatego przed uznaniem wazektomii za skuteczną należy wykonać badania nasienia.

Skuteczność antykoncepcji ocenia się za pomocą indeksu Pearla. Jest to wskaźnik, który informuje, ile ciąż może powstać w ciągu roku u 100 kobiet używających danej metody. Wazektomia jako metoda antykoncepcji należy do grupy najskuteczniejszych. Indeks Pearla dla tej procedury wg różnych szacunków wynosi od 0,1 do 0,5.

Wartość ta wzrasta wraz z upływem czasu jaki minął od wazektomii. Istnieje również ryzyko samoistnej rekanalizacji nasieniowodów, czyli przywrócenia płodności poprzez ponowne, samoistne odtworzenia ciągłości nasieniowodów, a co za tym idzie umożliwienie przedostania się żywych plemników do ejakulatu.

OZNACZA TO, ŻE NAWET CAŁKOWICIE PRAWIDŁOWO WYKONANA WAZEKTOMIA, TAK JAK WSZYSTKIE INNE METODY ANTYKONCEPCJI, NIE DAJE 100% GWARANCJI SKUTECZNOŚCI. Dlatego zawsze w przypadku pojawienia się objawów ciąży u parterki seksualnej należy wykonać test ciąży, optymalnie badanie stężenia beta-hCG we krwi.

Zastrzeżenia Pacjenta:

.....

.....

.....

.....

Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że Pan/i Doktor Adam Srebrzyński- specjalista chirurgii ogólnej przeprowadził ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu wazektomii, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne.

OŚWIADCZENIE ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Ja niżej podpisana/y, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U.2024.1287 z późn. zm) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2024.799 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez Dr Adama Srebrzyńskiego i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację plastyki operacji zmarszczek twarzy i szyi, Ankieta anestezjologiczna, Wywiad epidemiologiczny, Świadoma zgoda na znieczulenie oraz Zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie Ankietą anestezjologiczną i Wywiadem Epidemiologicznym.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/y o:

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza;
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie operacji plastyki operacji zmarszczek twarzy i szyi, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Jestem świadomy, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadomy, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadomy, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu (operacji), stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia, m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadomy, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie

uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałem się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 4 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałem możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam ponadto poinformowany o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadomy, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest:

.....
.....
.....
.....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis lekarza

Przeciwskazania do zabiegu:

1. Wiek poniżej 18 roku życia;
2. Zaburzenia psychiczne uniemożliwiające podjęcie świadomej decyzji;
3. Presja osób trzecich dotycząca wykonania zabiegu;
4. Aktywna infekcja dróg moczowo-płciowych;
5. Aktywny proces zapalny w miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnica);
6. Powikłania po wcześniejszych zabiegach urologicznych w obrębie moszny;
7. Aktywna choroba nowotworowa jąder;
8. Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych („rozzedzających krew”) przez okres 7 dni poprzedzających zabieg;
9. Brak potomstwa – przeciwskazanie względne.

Zalecenia pooperacyjne po zabiegu wazektomii:

1. Do czasu uzyskania wyniku badania nasienia potwierdzającego skuteczność wazektomii w celu zapobiegania niechcianej ciąży należy stosować inną skuteczną metodę antykoncepcji;
2. Należy wykonać badanie nasienia 8 tygodni po zabiegu oraz 12 tygodni po zabiegu, w przypadku obecności żywych plemników należy skontaktować się z lekarzem wykonującym zabieg;
3. Przez 2 dni po zabiegu należy nosić obcisłą bieliznę oraz stosować okładu chłodzącego celem redukcji obrzęku;
4. Przez 7 dni niewskazany jest wysiłek fizyczny, szczególnie dźwiganie;
5. Przez 7-10 dni wskazana jest ostrożność podczas higieny miejsc intymnych;
6. Przez 14 dni nie wolno współżyć ani się masturbować;
7. Lekarz wykonujący zabieg odpowie na wszystkie pytania dotyczące zaleceń po zabiegu i udzieli dokładnych wskazówek dotyczących postępowania pozabiegowego.

Wybrana technika i parametry zabiegu (do uzupełnienia podczas zabiegu)

- metoda klasyczna
- metoda kanadyjska

Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta i kwalifikacji do zabiegu:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Pańskie bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z lekarzem wykonującym zabieg).

Czy jest Pan w stałym związku/ma Pan żonę	TAK • NIE •
Czy Pańska obecna partnerka stosuje jakąś metodę antykoncepcji	TAK • NIE •
Jeżeli TAK to jaką?	
Czy posiada Pan potomstwo	TAK • NIE •
Czy rozważa Pan posiadanie dzieci w przyszłości	TAK • NIE •
Czy aktualnie się Pan na coś leczy	TAK • NIE •
Jeśli tak to na co:	
Czy jest Pan na coś uczulony? lateks, lidokaina, maści, inne? Jeśli tak to na co:.....	TAK • NIE •
Czy występują u Pana: duszność	TAK • NIE •
obrzęki	TAK • NIE •
pokrzywka	TAK • NIE •
swędzenie	TAK • NIE •
Czy ma Pan skłonność do krwawień?	TAK • NIE •
Czy miał Pan epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	TAK • NIE •

Czy posiada Pan rozrusznik serca/stymulator/stenty/sztuczne zastawki?	TAK • NIE •
Czy choruje lub chorował Pan na którąś z następujących chorób? -choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, -wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)	TAK • NIE •
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK • NIE •
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, ból podudzi przy chodzeniu)	TAK • NIE •
choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)	TAK • NIE •
choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)	TAK • NIE •
choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)	TAK • NIE •
choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)	TAK • NIE •
zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)	TAK • NIE •
choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)	TAK • NIE •
zaburzenia hormonalne	TAK • NIE •
choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK • NIE •
choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)	TAK • NIE •
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)	TAK • NIE •
choroby oczu (jaskra)	TAK • NIE •
zmiany nastroju	TAK • NIE •
choroby psychiczne (np. depresja, nerwica, schizofrenia, stany lękowe)	TAK • NIE •
choroby zakaźne	TAK • NIE •
żółtaczką zakaźną A	TAK • NIE •
AIDS/ HIV	TAK • NIE •
żółtaczką zakaźną B	TAK • NIE •
gruźlica	TAK • NIE •
żółtaczką zakaźną C	TAK • NIE •

choroby weneryczne TAK • NIE •

choroba reumatyczna TAK • NIE •

osteoporoza TAK • NIE •

choroby skóry TAK • NIE •

opryszczka TAK • NIE •

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy dobrze zniósł Pan znieczulenie? TAK • NIE •

Jeśli nie, to jakie są objawy:

Czy miał Pan przetaczaną krew TAK • NIE •

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan tytoń? TAK • NIE •

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pił Pan alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? TAK • NIE •

Czy zażywa Pan środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK • NIE •

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK • NIE •

Jeśli tak to jakie:

Czy przyjmuje Pan jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? TAK • NIE •

Jeśli tak to jakie:

Czy w obrębie prącia, moszny, jąder, pęcherza moczowego pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa, bakteryjna, grzybicza?

TAK • NIE •

Czy ma Pan skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn? TAK • NIE •

Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiekolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi

TAK • NIE •

Jeśli tak to jakie:

Oświadczenie pacjenta, świadoma zgoda na zabieg wazektomii:

1. Proszę o wykonanie u mnie zabiegu wazektomii – przecięcia nasieniowodów.

2. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie u mnie zabiegu wazektomii – przecięcia nasieniowodów.

3. Zostałem wyczerpująco poinformowany o:

a. przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu;

b. technice i metodzie przeprowadzenia zabiegu;

c. pochodzeniu i sposobie działania preparatów i urządzeń, które zostaną użyte do wykonania zabiegu;

d. objawach jakie mogą wystąpić podczas i po zabiegu;

e. potencjalnych powikłaniach, które mogą pojawić się podczas i po zabiegu

4. Zostałem poinformowany, że notuje się indywidualne przypadki, w których osiągnięcie oczekiwanego efektu zabiegu, czyli trwałej, skutecznej i odwracalnej antykoncepcji jest niemożliwe oraz w pełni, świadomie i bez zastrzeżeń akceptuję o ryzyko.

5. Udzielono mi wyczerpującej informacji na temat wszelkich możliwych do przewidzenia następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z zabiegiem. Miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałem na nie odpowiedzi. Powyższe ryzyko zabiegowe w pełni, świadomie i bez zastrzeżeń akceptuję i nie będę z tego tytułu zgłaszać jakichkolwiek roszczeń.
6. Zostały mi przekazane zalecenia i wskazówki pielęgnacyjne do stosowania po wykonaniu zabiegu, zapoznałem się z nimi i zobowiązuję się ich przestrzegać.
7. Informacja przekazana przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni zrozumiała.
8. W razie wystąpienia niepokojących mnie objawów skontaktuję się z lekarzem wykonującym zabieg.
9. Jestem świadomy, że rozbieżność pomiędzy oczekiwanym przeze mnie efektem zabiegu a jego rzeczywistym efektem - mieszczącym się w granicach skali, o której zostałam uprzedzony, nie może być podstawą roszczeń odszkodowawczych.
10. Zobowiązuję się do wykonania badania nasienia 8 tygodni oraz 12 tygodni po zabiegu wazektomii (cena zabiegu wazektomii nie zawiera ceny badań nasienia). Do czasu uzyskania wyników świadczących o braku żywych plemników w ejakulacie przyjmuję, że wazektomia nie jest skuteczną metodą zapobiegania ciąży.
11. Zostałem poinformowany w sposób jasny i zrozumiały o braku możliwości poczęcia potomka do czasu odwrócenia wazektomii oraz w pełni, świadomie i bez zastrzeżeń akceptuję ten fakt i zgadzam się na trwającą podczas wazektomii niepłodność.
12. Zostałem poinformowany w sposób jasny i zrozumiały o ryzyku trudności poczęcia potomka w sposób naturalny nawet po skutecznym odwróceniu wazektomii oraz w pełni, świadomie i bez zastrzeżeń akceptuję to ryzyko.
13. Oświadczam, że nie będę wnosił roszczeń w stosunku do lekarza i podmiotu leczniczego, w którym zabieg został wykonany w razie braku uzyskania skutecznego odwrócenia wazektomii.

Oświadczam że, zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie zabiegu: wazektomii – przecięcia nasieniowodów skutkującego niepłodnością do czasu odwrócenia wazektomii.

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta

