

ZGODA

na wykonanie zabiegu wazektomii

Informacje dotyczące wazektomii

1. Niniejszym zlecam dr Januszowi Zajda przeprowadzenie na mnie zabiegu wazektomii. Wyjaśniono mi, że ma to na celu doprowadzenie do skutecznej antykoncepcji, która jest odwracalna pod pewnymi warunkami. Procedura polega na przerwaniu drożności nasieniowodów, co skutkuje bezpłodnością.

2. Zostałem poinformowany o możliwości przywrócenia płodności poprzez oddanie nasienia do banku nasienia oraz o metodzie MESA czyli Micro Epidydymal Sperm Aspiration - (rodzaju in vitro) polegającej na Mikrochirurgicznej Aspiracji plemników z Najądrzy – na własny koszt.

3. Poinformowano mnie o możliwości przywrócenia płodności poprzez chirurgiczne przywrócenie drożności przeciętych nasieniowodów czyli procedury REVERSAL – na własny koszt.

4. Zgadzam się na zastosowane znieczulenia miejscowego – nasiękowego.

5. Oświadczam, że nie zataiłem w czasie wywiadu żadnych istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

6. Rozumiem i akceptuję fakt, że wazektomia NIE jest natychmiast skuteczna i do czasu badania morfologii nasienia potwierdzającego bezpłodność – konieczne będzie stosowanie dotychczasowej antykoncepcji.

7. Zobowiązuję się do wykonania morfologii nasienia po 8 -12 tygodniach od zabiegu wazektomii – na własny koszt.

8. Rozumiem i akceptuję potencjalną możliwość wystąpienia powikłań po wazektomii i w razie ich pojawienia się nie będę rościł żadnych pretensji. Możliwe powikłania:

- reakcja zapalna w najądrzu
- nadmierne krwawienie krwiak (siniak) okolicy operowanej
- bolesny guzek lub blizna w okolicy operowanej
- infekcja
- alergia na lek
- reakcja emocjonalna

Rozumiem i akceptuję, że powyższe lub inne powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, badań, działań, procedur lub hospitalizacji na własny koszt. Upoważniam dr Janusza Zajda oraz inny wykwalifikowany personel medyczny (w tym w miejscu zamieszkania) do wdrożenia właściwego leczenia lub procedur.

9. Miałem możliwość zadawania pytań lekarzowi i otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie.

10. Zgodziłem się na operację wazektomii dobrowolnie, z własnej nieprzymuszonej woli. Zapoznałem się z powyższymi warunkami i zasadami, które rozumiem i akceptuję. Równocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość wystąpienia zapłodnienia partnerki z prawdopodobieństwem 0,66 promila w czasie 15 lat od czasu wykonania wazektomii (dane z literatury naukowej).

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, firmy, nr telefonu kontaktowego, adresu pocztowego oraz e-mail a także danych klinicznych, administracyjnych oraz statystycznych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r z uwzględnieniem aktualnie obowiązującego polskiego prawa m.in. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania a także aktualnie obowiązujących przepisach o prawach pacjenta.

.....
data

.....
imię i nazwisko pacjenta