

## **INFORMACJA DLA PACJENTA USUWANIE ZMIAN PRZY UŻYCIU LASERA CO2**

### **1. Na czym polega leczenie.**

Guzki, brodawki, kłykciny kończyste, włókniaki, znamiona, zmiany naczyniowe, marginetki skórne przyodbytnicze usuwamy przy użyciu lasera CO2. Użycie lasera pozwala na precyzyjne odparowanie zmian lub ich wycięcie promieniem lasera. Jest to metoda bezkontaktowa, promień lasera odparowuje lub/i przecina tkanki oraz koaguluje brzegi rany zapobiegając krwawieniu. Ponieważ średnica promienia tnącego jest mikroskopijna cięcie powoduje minimalne uszkodzenie tkanek w operowanej okolicy. Odpowiednie ustawienie parametrów urządzenia pozwala na uzyskanie gładkiej, jednolitej powierzchni rany co skutkuje powstaniem delikatnej blizny która po pewnym czasie staje się praktycznie niewidoczna.

Laserowe usunięcie zmiany nie daje możliwości pobrania materiału do badania histopatologicznego.

### **2. Przygotowanie do zabiegu.**

Zabieg wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych. Zabiegi wykonywane są w znieczuleniu miejscowym.

### **3. Ewentualne powikłania i postępowanie w przypadku ich wystąpienia.**

Po zabiegu nie jest zwykle wymagany opatrunek, operowane miejsce pokrywa się samoistnie strupkiem który po kilku dniach odpada. W miejscu zabiegu można odczuwać swędzenie , pieczenie.

### **4. Postępowanie po zabiegu.**

Pacjent/ka zazwyczaj wraca do normalnych, codziennych czynności. W niektórych przypadkach, np. z uwagi na szczególne warunki pracy lub inne okoliczności, orzeka się o niezdolności do pracy.

Przez kilka dni po zabiegu można stosować sudocrem lub bepanthen (na oparzenia) na gojące się miejsce. Konieczna jest też całkowita ochrona przed słońcem przez 8 tygodni po zabiegu aby uniknąć przebarwień.

W ciągu 7 dni po zabiegu nie należy korzystać z gorących kąpiel, sauny, basenu oraz zaprzestać kontaktów seksualnych(jeżeli zabieg wykonywany jest w okolicach intymnych)

**Wizyta kontrolna zalecana jest dwa miesiące po zabiegu.**

## ZGODA NA USUWANIE ZMIAN PRZY UŻYCIU LASERA CO2

Z pacjentką/em przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłam/em celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę/ta zakwalifikowano do zabiegu.

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

Po rozmowie z lekarzem, podczas której mogłam/em zadawać pytania i otrzymałam/em wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródoperacyjną zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na zabieg usuwania zmian przy użyciu lasera CO2.

.....  
Imię i Nazwisko pacjenta

.....  
Data i podpis pacjenta