

## INIEKCJA DOSTAWOWA Z KWASU HIALURONOWEGO

### W jaki celu wykonuje się zabieg?

Iniekcje dostawowe z kwasu hialuronowego stosowane są w celu tymczasowego zmniejszenia dolegliwości bólowych i poprawy sprawności u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów.

### Zalecenia przed zabiegiem

Zabieg nie wymaga szczególnego przygotowania.

### Przebieg zabiegu

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym i polega na wstrzyknięciu kwasu hialuronowego do wnętrza stawu. Bezpośrednio po zabiegu można wrócić do codziennych obowiązków.

### Przeciwwskazania

- Infekcje ogólnoustrojowe
- Infekcje w miejscu podania
- Aktywny proces nowotworowy
- Nadwrażliwość na kwas hialuronowy i jego pochodne
- Choroby autoimmunologiczne
- Przyjmowanie leków i suplementów diety zmniejszających krzepliwość krwi (np. aspiryna, leki przeciwbólowe, antykoagulanty, nienasycone kwasy tłuszczowe, witamina E)

### Możliwe działania niepożądane

Potencjalne działania niepożądane, choć występują rzadko mogą się zdarzyć, pomimo postępowania zgodnego z wiedzą i sztuką medyczną. Należą do nich:

- Miejscowy ból
- Sztywność
- Zaczerwienienie
- Obrzęk
- Septyczne zapalenie stawów

## ZGODA NA WYKONANIE INIEKCJI DOSTAWOWEJ Z KWASU HIALURONOWEGO

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem/am 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 zadawać pytania i otrzymałam wyczerpujące odpowiedzi, po zapoznaniu się z rodzajem zabiegu, licząc się z możliwością wystąpienia powikłań oraz śródzabiegową zmianą postępowania dyktowaną wskazaniami medycznymi, wyrażam zgodę na wykonanie **iniekcji dostawowej z zastosowaniem kwasu hialuronowego**.

Imię..... Nazwisko.....

.....  
data

.....  
podpis pacjentki(a)

### OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a na czym zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
- W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
- Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
- Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu .....

Imię..... Nazwisko.....

.....  
data

.....  
podpis pacjentki/ pacjenta / opiekuna prawnego