

ЗГОДА НА РЕВАЗЕКТОМІЮ

Польське законодавство гарантує, що ви маєте право і обов'язок приймати поінформовані рішення щодо свого здоров'я. Здатність до зачаття є індивідуальним надбанням і належить не суспільству, а окремій людині. Ми прагнемо надати вам повну і точну інформацію про ревазектомію. Вам потрібно розглянути всі варіанти, ризики та переваги і прийняти найкраще для вас рішення.

1. Я, що нижче підписався, доручаю компанії Centrum Planowania Rodziny spółką z ograniczoną odpowiedzialnością з місцезнаходженням у Варшаві (адреса: 02-999 Варшава, вул. Казахська 5/У1, REGON: 524501334, ІПН: 9512562125), зареєстрованій в Окружному Суді для ст. м. Варшави в м. Варшава, XII Господарський відділ Національного судового реєстру під номером KRS: 0001020352 (далі: „Centrum Planowania Rodziny”), провести мені процедуру ревазектомії. Мені роз'яснили, що ця процедура має привести до відновлення прохідності сім'явивідних протоків, що має привести до фертильності, тобто до того, що я буду здатний до батьківства (зачаття дитини).
2. Я поінформований про принципи, проведення та можливі наслідки запропонованого лікування (запропонованої діагностичної процедури) або про доцільність, проведення та можливі наслідки запропонованого лікування.
3. У мене була можливість поставити лікарю запитання, на які я отримав чіткі відповіді.
4. Я добровільно даю згоду і приймаю запроповану процедуру ревазектомії, діагностичну процедуру або застосування запропонованого лікування у разі виникнення ускладнень після процедури.
5. Я погоджуюся на загальний наркоз і, додатково місцеву анестезію, що призведе до відсутності чутливості в місці операції, або інші ліки до, під час або після процедури.
6. Заявляю, що під час медичного опитування та огляду я не приховував важливої інформації про своє здоров'я, аналізи та минулі хвороби.
7. Одноразово зобов'язуюсь провести морфологічне дослідження еякуляту за місцем проживання, самостійно оплатити витрати на проведення цього обстеження - після закінчення 8-го (восьмого) тижня з дня проведення процедури. Результат аналізу сперми, отриманий з лабораторії, слід відсканувати та надіслати до ЦПС (badania@wazektomia.com).
8. Я розумію, що, як і при будь-якому хірургічному втручанні, існує ризик, як відомі так і невідомі ускладнення, пов'язані з ревазектомією, і що мені не було надано 100% гарантії результату цієї операції. Можливі ускладнення (5%) це, зокрема:
 - Запальна реакція в придатку яєчка або сім'явивідних протоках (5%)
 - Надмірна кровотеча в мошонку (гематома)
 - Хвороблива пухлина або рубець (сперматозоїдна гранульома, неврома)
 - Інфекції
 - Алергія або побічна реакція на анестезію чи тривожність
 - Емоційні реакції, які можуть перешкоджати нормальному сексуальному функціонуванню під час ускладнень
 - Біль після операції
9. Я розумію і приймаю, що ці або інші ускладнення можуть вимагати подальшого лікування, аналізів, інших втручань, процедур та/або госпіталізації за мій власний рахунок. Я прошу та уповноважую Центр планування сім'ї та кваліфікований медичний персонал, який працює в ньому, та/або Центр планування сім'ї (за місцем мого проживання) провести таке лікування або необхідні процедури.
10. Я розумію і буду дотримуватися післяопераційних інструкцій, мені видали інформаційний листок - діагноз для процедури ревазектомії. Я погодився на цю операцію (ревазектомію) добровільно, з власної волі. Я уважно прочитав або мені зачитали вищезазначені умови, розумію та приймаю їх.

Дата і підпис пацієнта