

Wypełnij ten formularz razem z innymi dokumentami i zabierz ze sobą na zabieg.



EMMPRES Eugeniusz Siwik
ul.Klimczaka 5 lok.88 02-797 Warszawa
022 849-17-99 / 501-103-456

Zgoda na wykonanie wazektomii

Polskie Prawo gwarantuje Tobie, że masz zarówno prawo i obowiązek podejmować świadome decyzje o swoim zdrowiu. Zdolność płodzenia jest dobrem indywidualnym i nie należy od społeczeństwa tylko od konkretnego Człowieka. Naszą intencją jest, zapewnić Państwu pełne i dokładne informacje o wazektomii. Musisz rozpatrzyć wszystkie opcje, ryzyka i korzyści, oraz podjąć najlepszą możliwą dla Ciebie decyzję.

1. Ja niżej podpisany, zlecam Dr. Eugeniuszowi Siwikowi przeprowadzenie na mnie zabiegu wazektomii. Zostało mi wyjaśnione, że ten zabieg ma na celu doprowadzenie do skutecznej lecz odwracalnej antykoncepcji w postaci zablokowania drożności nasieniowodów, co ma na celu doprowadzenie do trwałej niepłodności, co oznacza, że nie będę zdolny do ojcostwa (poczęcia potomka) w czasie trwania wazektomii.
2. Równocześnie zostałem poinformowany o możliwości oddania nasienia do banku nasienia, oraz możliwości wykonania rewazektomii (przywrócenie drożności na własny koszt) jak też o metodzie In vitro-MESA (Micro Epidydymal Sperm Aspiration - Mikrochirurgiczna Aspiracja Plemników z Najądrzy) (na własny koszt).
3. Zostałem poinformowany o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu (proponowanej procedury diagnostycznej) lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu.
4. Miałem możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem jasne odpowiedzi.
5. Zgadzam się na podanie znieczulenia miejscowego (leku, który spowoduje brak czucia w miejscu zabiegu) lub innych leków przed, w trakcie lub po zabiegu. W przypadku wskazania klinicznego, do zastosowania znieczulenia ogólnego (uśpienia), zobowiązuję się do zasady bycia na czczo (bez jedzenia i picia) w okresie 5 - 6 godzin przed planowanym zabiegiem wazektomii.
6. Rozumiem, że wazektomia nie jest natychmiast skuteczna i że muszę zastosować inną metodę antykoncepcji do momentu kiedy badanie nasienia potwierdzi, że moja wazektomia zakończyła się sukcesem.
7. Wyrażam dobrowolnie zgodę i akceptuję proponowany zabieg wazektomii, procedurę diagnostyczną, lub zastosowanie proponowanego leczenia w przypadku wystąpienia powikłań po zabiegu.
8. Oświadczam, że podczas wywiadu i badań nie zataiłem istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.
9. Równocześnie zobowiązuję się do przeprowadzenia badania morfologii ejakulatu - w miejscu zamieszkania, samoistnie pokrywając koszty tego badania - po 8 (ośmiu) tygodniach, lub w razie konieczności po 12 (dwunastu) tygodniach od dnia wykonania zabiegu wazektomii.
10. Rozumiem, że jak w przypadku każdego zabiegu chirurgicznego istnieje ryzyko, zarówno znanych i nieznanych powikłań, związanych z wazektomią, i że nie dano mi 100% gwarancji co do wyników tej operacji. Możliwe powikłania (5%) to między innymi następujące:
 - Reakcja zapalna w najądrzu lub nasieniowodzie (5%)
 - Nadmierne krwawienie do moszny (krwiak)
 - Bolesny guzek lub blizna (ziarniak plemników, nerwiak)
 - Zakażenie
 - Alergia lub niepożądane reakcje na znieczulenie lub leki
 - Reakcje emocjonalne, które mogą utrudniać normalne funkcjonowanie seksualne w czasie trwania powikłań
 - Brak osiągnięcia lub utrzymania sterylności w warunkach domowych

Rozumiem i akceptuję, że te lub inne powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, badań, innych działań, procedur i lub hospitalizacji, na własny koszt. Żądam i upoważniam Dr. Eugeniusza Siwika oraz inny wykwalifikowany personel medyczny (w miejscu zamieszkania) do wykonywania takiego leczenia lub wymaganych procedur.

11. Przeczytałem i zrozumiałem treść broszury informacyjnej, w tym alternatywnych form antykoncepcji zarówno dla mężczyzn jak i kobiet. Rozumiem i będę przestrzegać instrukcji postępowania pozabiegowego, otrzymałem pisemną kopię niniejszej zgody, jak też kartę informacyjną - rozpoznanie dotyczące zabiegu wazektomii.
12. Zgodziłem się na tą operację (wazektomię) dobrowolnie, z własnej nieprzymuszonej woli. Dokładnie przeczytałem, bądź zostały mi przeczytane powyższe zasady i warunki, rozumiem je i akceptuję.

Podpis pacjenta

Miejscowość, data