

**ZGODA PACJENTA NA ZASTOSOWANIE PREPARATU
BIOFENICIA® W POSTACI OPATRUNKU**

Imię i Nazwisko Pacjenta:

.....

Adres:

.....

Rok Urodzenia: Tel. Kontaktowy:.....

ZGODA NA ZASTOSOWANIE PREPARATU BIOFENICIA® W POSTACI OPATRUNKU:

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny wyczerpująco o właściwościach oraz zastosowaniu preparatu BIOFENICIA® w postaci opatrunku.

Oświadczam również, że zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami dot. zastosowania preparatu BIOFENICIA® w postaci opatrunku, do których należą:

- silnie krwawiąca rana
- koagulopatia
- silnie wysuszona rana nekrotyczna
- reakcja alergiczna na drożdże, białko sojowe lub chitynę owadów
- zakażenie kości lub ścięgien jako terapia podstawowa
- w przypadku infekcji *Pseudomonas aeruginosa*

A także zostałam/-em poinformowana/-y o możliwych działaniach niepożądanych, które mogą wystąpić po zastosowaniu preparatu BIOFENICIA® w postaci opatrunku, a do których należą:

- zaczerwienienie w miejscu przyklejenia plastrów przytrzymujących preparat
- odczucie bólu lub szczypania w sytuacji zastosowania preparatu dłużej niż 3 dni

W trakcie rozmowy miałam/-em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/-em wyczerpujące odpowiedzi ze strony lekarza/pielęgniarki.

Zostałam/-em również poinstruowany w zakresie zachowania środków ostrożności po zabiegu.

Dodatkowo poinformowano mnie, że może wystąpić konieczność zastosowania kolejnej terapii preparatem BIOFENICIA® w postaci opatrunku, w zależności od postępów leczenia zależnych od indywidualnych uwarunkowań każdego pacjenta.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami, oświadczam, że nie zataiłam/-em żadnych istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegu z wykorzystaniem preparatu BIOFENICIA® w postaci opatrunku.

Data:..... Podpis:.....

Uwagi Lekarza:

.....

.....