

HUIPPUKYLMÄHOITO TIEDOTE-SUOSTUMUSLOMAKE potilaalle

Huippukylmähoito on hyvälaatuisten ihon uudismuodostumien poistoa nestemäisellä tyypellä, jonka lämpötila säiliössä on -196 °C . Nestemäinen tyyppi pakastaa ihosoluissa olevan veden, jonka sulettua solujen väliset sidokset katkeavat, ihosolut rikkoutuvat ja tuloksena muodostuu rakko. Pakastus voi aiheuttaa kyseisen alueen turvotusta, kivuliaisuutta ja toimintahäiriöitä.

Kylmähoito on kivuliasta ja sen sietokyky yksilöllistä. Useimmat aikuiset ja yli 10-vuotiaat lapset kestävät toimenpidettä vähintään 10 sekunnin ajan.

Kylmähoitoa **ei voi käyttää**, jos potilaalla on:

- urtikariaalinen reaktio kylmälle eli kylmäallergia;
- Raynaud'n oireyhtymä eli sormien ja varpaiden palettuminen ja värinmuutokset.

Kylmähoitoa **ei voi käyttää**, jos nestemäisen tyypin johtaminen uudismuodostumaan estyy (potilas on kauhuissaan, pyristelee vastaan tms.). Vanhemman tulee valmistella lapsensa, jotta hän olisi toimenpiteen aikana levollinen.

Kylmähoito voi tuottaa seuraavia **tuloksia**.

Usein:

- muodostuu rakko, mutta se ei riitä uudismuodostuman poistoon ja toimenpide tulee toistaa;
- muodostuu riittävän kokoinen rakko, jopa verirakko, alue turpoaa ja tulee kivuliaaksi, ja paraneminen vie aikaa vähintään 30 päivää. Tällainen reaktio on tarpeen liikavarpaiden ja pahkojen poistoon.

Silloin tällöin:

- pakastetussa kohdassa syntyy ihonvärin muutos, kohta on väritön tai ympäröivää ihoa tummempaa.

Erittäin harvoin:

- reaktio puuttuu eikä rakkoa muodostu;
- muodostuu kasvannainen;
- rakon lisäksi tulee bakteerien aiheuttama tulehdus, märkärupi eli impetigo;
- kontaktikohtaan muodostuu arpi.

Kylmähoitoa antaa lääkäri tai sairaanhoitaja. Viron sairausvakuutuskassa (Haigekassa) maksaa vain lääketieteellisestä, ei kosmeettisesta syystä suoritettavista toimenpiteistä.

Täten vakuutan, että olen lukenut tämän tiedotteen ja ymmärtänyt sen sisällön täydellisesti. Olen tietoinen toimenpiteen perusolemuksesta ja mahdollisista riskeistä.

Olen ennen suostumukseni antamista saanut minua tyydyttävän vastauksen jokaiseen toimenpidettä ja sen mahdollisia riskejä ja komplikaatioita koskevaan kysymykseen.

Suostun (nimi ja allekirjoitus) _____

Päiväys: _____