



ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY. OŚWIADCZENIE.

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego : PLASTYKA POWIEK GÓRNYCH

Rodzaj planowanego znieczulenia : MIEJSCOWE (LIGNOKAINA 1%)

Ja niżej podpisana/y...../imię i nazwisko/,
na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez

dr n. med. Piotr Rak, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej PWZ 2057762

niżej opisanego zabiegu chirurgicznego PALSTYKI POWIEK GÓRNYCH (BLEFAROPLASTYKI) mającego na celu korekcję nadmiaru tkanek okolicy powiek górnych.

Otrzymałam/em następujący zestaw informacji:

*Świadoma zgoda na operację plastyki powiek górnych,
Informacja o zabiegu plastyki powiek górnych załącznik nr 1,
Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta i kwalifikacji do zabiegu – w tym wywiad środowiskowy i epidemiologiczny- załącznik nr 2,
Pooperacyjne zalecenia po chirurgicznej korekcji powiek – załącznik nr 3,*

Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach, stosowanych lekach, zawartych w wywiadzie epidemiologicznym, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia.

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/y o:

Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;

Wskazaniach i przeciwwskazaniach do zabiegu (w formie ustnej oraz pisemnej);

Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;

Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;

Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;

Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zbiegu;

Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.

Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z informacją w zakresie operacji powiek, stanowiącej załącznik nr 1 i nr 3 do niniejszego oświadczenia;

Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania ewentualnej terapii jakiej jestem poddawana/y;

Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Zostałam/em poinformowana/y o uczuciu bólu towarzyszącemu zabiegowi, wyrażającym się pieczeniem, szczypaniem, uciskiem, napięciem.

Zostałam/em poinformowana/y o mogących wystąpić odczuciach wrażliwości skóry w obszarze twarzy i głowy.

Zostałam/em poinformowana/y o obrzęku, który jest nieunikniony po zabiegu. Jestem przygotowana/y na to, że obrzęk może utrzymywać się w ciągu 2 tygodni, asymetria twarzy, siniaki mogą być widoczne w okresie dłuższym niż 2 tygodnie. W późniejszym okresie nawracający obrzęk może pojawiać się w porze porannej, asymetria twarzy może występować w czasie powyżej 3 miesięcy od zabiegu. Ból będzie utrzymywał się szczególnie w pierwszych dniach (okolicy ran pooperacyjnych).

Zostałam/em poinformowana/y, że w sytuacji zaobserwowania zaburzeń pooperacyjnych w postaci podwyższonej temperatury ponad 37,5 °C, pulsującego bólu, pogłębiania się obrzęku jestem zobowiązana/y do natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza.

Zostałam/em poinformowana/y, że zabieg odbywa się w znieczuleniu miejscowym.

Zostałam/em poinformowana/y o zaletach oraz powikłaniach związanych z zastosowaniem znieczulenia miejscowego, które mogą objawić się różnymi alergicznymi reakcjami (wstrząs anafilaktyczny, obrzęk Quinckego, omdlenie, utrata przytomności) oraz krwiakami w miejscu wkłucia.

Jestem świadoma/y, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu.

Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku i może odbiegać od ustalonego wcześniej efektu, omawianego podczas konsultacji kwalifikacyjnej, i że lekarz nie ma wpływu na przebieg okresu pooperacyjnego i rekonwalescencji, jak również na ostateczny efekt estetyczny i funkcjonalny omawianego zabiegu.

Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu (operacji), stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

Zapoznałam/em się z uprzednio przedłożonym mi planem leczenia oraz jego kosztorysem, zostałam/em szczegółowo poinformowany o kosztach związanych z przeprowadzeniem świadczenia zdrowotnego i w pełni je akceptuję. Jestem świadoma/y, że w przypadku wystąpienia konieczności modyfikacji sposobu udzielenia świadczenia zdrowotnego, koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego mogą ulec zwiększeniu. Zobowiązuję się do całkowitego uiszczenia kosztów mojego leczenia (w tym ewentualnie innych kosztów postępowania leczniczo-diagnostycznych).

Przed przystąpieniem do zabiegu zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

Jestem świadoma/y, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów.

Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanej operacji

wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanne mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął. Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego.

Rozumiem, iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi, których przestrzeganie ma na celu umożliwić prawidłowy proces rekonwalescencji. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 3 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.

Zostałam/em ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając rezygnacji z zabiegu) i alternatywnych zabiegach.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający, abym mogła/mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią, w związku z czym świadomie decyduję się na wykonanie u mnie zabiegu.

Uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadawane przeze mnie pytania dotyczące planowanego zabiegu.

Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona. Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.

Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po zakończeniu zabiegu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała, które zostały usunięte podczas zabiegu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się wnikliwie z treścią formularza.

Oświadczam, że **dr n. med. Piotr Rak, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej PWZ 2057762**

przeprowadził/a ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu korekcji powiek, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej, ryzyka związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne. Nie mam pytań.

Kwituję odbiór kopii załącznika nr 1 – *Informacja o zabiegu plastyki powiek górnych załącznik.*

Kwituję odbiór kopii załącznika nr 2 - *Informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta i kwalifikacji do zabiegu – w tym wywiad środowiskowy i epidemiologiczny.*

Kwituję odbiór kopii załącznika nr 3 - *Pooperacyjne zalecenia po chirurgicznej korekcji powiek*

Podpis Pacjenta oraz data

Podpis Lekarza oraz data

INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI POWIEK GÓRNYCH

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

Instrukcja:

Poniższy załącznik jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjentki/ta o zabiegu korekcji obwistości skóry powiek górnych, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pani/Pan przeczytała te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

Informacje ogólne

Charakterystyka operacji

Wskazania:

Operacja obwistości skóry powiek górnych jest postępowaniem chirurgicznym w znieczuleniu miejscowym (zazwyczaj roztwór Lignokainy), mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry, a czasami i mięśni z powiek górnych. Tkanka tłuszczowa dookoła oczu, tworząca przepukliny tłuszczowe, może być również usunięta. Zabieg może pomóc w poprawie wyglądu pacjentów, którzy mają nadmiar skóry na powiekach górnych.

Korekcja powiek nie usunie tzw. "kurzych łapek", nie zmniejszy sińców pod oczami ani nie podniesie brwi. Operacja powiek nie zatrzyma procesu starzenia. Zabieg ten ma jedynie na celu zmniejszenie wyglądu luźnej skóry w okolicy górnych powiek.

Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na niewykonywaniu operacji korekcji obwistości skóry powiek. Uzyskanie poprawy napięcia skóry, oraz wyglądu zmarszczek wokół oczu można osiągnąć poprzez stosowanie metod rewitalizacji skóry tej okolicy – mezoterapia, laseroterapia lub podnoszenie brwi za pomocą wszczepienia nici. Niewielkie zmarszczki skóry mogą być zmniejszone poprzez zastosowanie chemicznych peelingów skóry, zabiegów laserowych, podawaniem botulinotoksyny. Każdy z tych zabiegów jest związany także z pewnym ryzykiem i powikłaniami.

Powinniście Państwo być świadomi, że zabieg jest zawsze związany z ryzykiem powikłań, zarówno tych wymienionych w dalszej części tej zgody, jak i innych, rzadziej występujących, trudnych do przewidzenia.

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:

1. *Blizny* – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami są widoczne i uciążliwe. Nieprawidłowe blizny mogą powstawać na skórze lub dotyczyć głębiej położonych tkanek. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja. Czasami dochodzi do powstawania małych skórnych torbieli w miejscu szwów. Może wystąpić zmiana koloru skóry (różnica w zabarwieniu skóry, brzegów rany lub samej blizny).

2. *Przebarwienia skóry/obrzęk* – zasinienia skóry i obrzęk okolicy operowanej zawsze występują normalnie po operacji powiek. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.

3. *Asymetria* – pewna asymetria twarzy i okolicy oczu występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.

4. *Odległe wyniki* – Zmiany wyglądu powiek może być związana z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, opalaniem się lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Zabieg obwistości skóry powiek nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji pozostanie na zawsze. Dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu podtrzymania efektu.

5. *Ból* - po operacji powiek ustępuje po paru dobach. Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po operacji powiek. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

Czynniki ryzyka związane z operacją obwisłości skóry powiek

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewne czynniki ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji obwisłości skóry powiek.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu powiek. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje operacji.

1. *Krwawienie* – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Krwawienie może występować pod skórę lub wokół gałki ocznej. Jeżeli krwawienie występuje po operacji to wymaga szybkiego leczenia lub zabiegu. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 10 dni przed planowanym zabiegiem. Nadciśnienie, jeżeli nie jest leczone, może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Stosowanie ziół oraz suplementów diety może także powodować wzrost ryzyka krwawienia. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą (krwiak) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn.

2. *Infekcja ran pooperacyjnych* – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie antybiotykami, może być konieczna dodatkowa operacja.

3. *Prosaki* – występują rzadko. Objawy polegają na obecności małych białawych punktów w okolicy blizn pooperacyjnych.

4. *Utrata wzroku* – jest wyjątkowo rzadka po operacji powiek. Może ją spowodować wewnętrzne krwawienie wokół oka. Utrata wzroku nie da się przewidzieć wcześniej.

5. *Uszkodzenie głębiej położonych struktur* – podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub na zawsze.

6. *Problemy z „suchym okiem”*, – po operacji powiek może dochodzić do trwałych zaburzeń związanych ze zmniejszeniem produkcji łez. Występowanie tego powikłania jest rzadkie. Osoby, które normalnie mają suche oczy muszą zdawać sobie sprawę z możliwości pogorszenia stanu oczu.

7. *Zmiany chorobowe/nowotworowe skóry* – korekcja powiek jest zabiegiem mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry i korekcji głębiej położonych struktur powieki. Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.

8. *Ektropion* – rzadkim powikłaniem jest odstawanie powieki dolnej od gałki ocznej. W celu korekcji tego powikłania konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji.

9. *Niecałkowite domykanie szpary powiekowej* – ekspozycja rogówki i jej wysychanie może wymagać dodatkowej korekcji.

10. *Opadanie powieki - rak możliwości panowania nad ruchami powiek, zmniejszenie wielkości szpary ocznej.*

11. *Niezadowolający efekt* – możliwy jest zły wynik po operacji powiek. Obejmuje on widoczne deformacje, utrata funkcji, rozejście się rany lub utrata czucia. Lub niezadowolenie pacjenta/ki z efektu estetycznego i funkcjonalnego. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.

12. *Reakcje alergiczne* – rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.

13. *Utrata rzęs* – utrata rzęs może wystąpić w powiekach dolnych w tych obszarach skóry, które są uniesione do góry w trakcie zabiegu. Nie jest możliwe przewidzenie tego rodzaju powikłania. Utrata rzęs może być przejściowa lub trwała.

14. *Przedłużone gojenie rany* – możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjentki/ci palące papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.

15. *Znieczulenie* – zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.

16. *Wstrząs* – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi lub reakcją alergiczną na lek znieczulający. Taki stan wymaga natychmiastowego leczenia.

17. *Kontakty intymne po operacji* – mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.

18. *Informacja o lekach antykoncepcyjnych* – proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków, m. in. antybiotyki może neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.

19. *Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy* – w literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji powiek związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z

ZAŁĄCZNIK nr 2

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTKI/TA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU – W TYM WYWIAD ŚRODOWISKOWY I EPIDEMIOLOGICZNY:

Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Pani/Pana bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania i zaznaczyć odpowiednią odpowiedź: **TAK** lub **NIE**. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym.

W pełni poinformowana/y o przeciwwskazaniach do zabiegu niniejszym oświadczam, że **NIE CIERPIĘ** na wymienione poniżej choroby i schorzenia:

- choroba autoimmunologiczna
- ciężka choroba fizyczna
- kolagenoza
- choroba niedokrwienna serca
- nadciśnienie II i III stopnia
- hemofilia
- zaburzenia psychiczne i neurotyczne
- nowotwory
- choroby zakaźne
- stany zapalne
- opryszczka
- zaburzenia krzepnięcia krwi
- alergiczne reakcje na preparaty do znieczulenia miejscowego
- przyjmuję leki na stałe (proszę wpisać).....
.....
.....

Zaświadczam, że

- nie jestem w ciąży
- nie karmię dziecka piersią
- nie przyjmuję leków przeciwzakrzepowych
- nie wszczepiano mi nierozpuszczalnych implantów w obszarze planowanej interwencji
- nie występuje u mnie tendencja do przerostu i bliznowacenia (tworzenie keloidów)
- nie występuje u mnie potwierdzona nadwrażliwość na preparaty stosowane w trakcie procedury (Lidocaina, Adrenalina, Kodan, Octenisept)

Podpis Pacjenta/ki i data

Podpis Lekarza

ZALECENIA PO CHIRURGICZNEJ KOREKCJI POWIEK GÓRNYCH.

Zabieg korekcji obwisłości powiek będzie trwał około 1 godziny. Podany czas przebiegu operacji jest orientacyjny i może ulegać zmianie. Po tym okresie będzie zastosowany uciskowy opatrunek na okolicę oczu w celu zmniejszenia obrzęków i zasinień w postaci zimnych okładów z termoforem. Zazwyczaj obrzęk i zasinienia ustępują po około 2 tygodniach.

1. Wszystkie szwy są usuwane za 5-7 dni.
 2. Kontrola w klinice po 4-7 dniach – wg wyznaczonego terminu przez operatora.
 3. W przypadku pojawienia się jakichkolwiek objawów patologicznych lub wątpliwości proszę o niezwłoczny kontakt z lekarzem i zgłoszenie mu tego faktu. W takim przypadku lekarz może wyznaczyć dodatkowy termin wizyty.
 4. Konieczne jest wysokie ułożenie głowy przez 48 godzin po operacji w celu zmniejszenia obrzęków.
 5. Szwy mogą być usunięte jedynie w Klinice
 6. Proszę nie opuszczać głowy poniżej poziomu serca
 7. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
 8. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk powiek.
 9. Zakaz wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych przez okres 1 miesiąca.
 10. Soczewki kontaktowe można założyć 2-3 dni po operacji.
 11. ARNIKA w żelu na zasinione miejsca 2-3 razy dziennie
 12. SUTRISEPT hydrożel na rany pooperacyjne 3 razy dziennie do momentu usunięcia szwów.
 13. Po usunięciu szwów na blizny pooperacyjne proszę stosować plastry silikonowe i żel SUTRICON.
- Terapia zalecana jest do 3-6 mies.
14. Zakaz picia alkoholu oraz palenia papierosów przez 3 tygodnie po operacji.
 15. Stosuj jedynie leki przepisane przez lekarza. Nie przyjmuj leków na pusty żołądek, bo może to powodować występowanie wymiotów. Wszystkie te czynniki mogą powodować wzrost ciśnienia krwi i powstanie krwawienia.
 16. Zakaz prowadzenia samochodu przez 24 godziny od momentu zakończenia zabiegu.

W pełni zdaję sobie sprawę, że niezastosowanie się do zaleceń i wymagań lekarza może wywołać miejscowe lub ogólne powikłania lub przyczynić się do ich rozwoju. To z kolei może wpłynąć na pogorszenie efektu zabiegu, wydłużenie czasu trwania gojenia, a w niektórych przypadkach może wymagać przeprowadzenia powtórnego zabiegu. Niniejszym, Jeśli stanie się to z mojej winy, poniosę osobistą odpowiedzialność (z odpowiedzialnością finansową włącznie).

Podpis Pacjenta/ki i data

Podpis Lekarza

LISTA BADAŃ KRWI DO ZABIEGU: APTT, PT, MORFOLOGIA, ALT, AST, KREATYNINA, SÓD, POTAS, GLUKOZA, HBS ANTYGEN, HCV PRZECIWCIAŁA .

BADANIA KRWI PROSIMY WYKONAĆ NA CZCZO NA 7-30 DNI PRZED ZABIEGIEM.

WYNIKI BADAŃ PROSIMY PRZESŁAĆ NA ADRES: KONTAKT@WYSPAMEDYCYNYPRIYZAJNEJ.PL