

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG OPERACYJNY ODWINIĘCIA POWIEKI DOLNEJ  
LUB OŚWIADCZENIE O BRAKU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU**

1. **Imię nazwisko pacjenta:**.....
2. **PESEL/data urodzenia:**.....
3. **Przedstawiciel ustawowy ( jeżeli dotyczy) imię i nazwisko:**.....
4. **Przedstawiciel ustawowy PESEL**.....

**RODZAJ OPERACJI:** Operacyjna korekcja odwinięcia powieki dolnej.

**RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Po szczegółowej analizie Pana/Pani przypadku w oparciu o dokumentację medyczną, w związku z rozpoznaniem u Pana/Pani odwinięcia powieki dolnej proponujemy operację korekcji ustawienia powieki dolnej.

**PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Usunięcie zmiany skóry powieki wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie ogólne stosowane jest tylko w wyjątkowych sytuacjach (np. u dzieci, osób niewspółpracujących).

Po przygotowaniu pola operacyjnego lekarz wykonuje precyzyjne nacięcia skóry, następnie usuwa zmianę skóry powieki. Po przeprowadzeniu tych czynności nacięcia są zamykane za pomocą szwów, które są przeważnie usuwane w ciągu 7-10 dni po zabiegu.

Operację usunięcia zmiany skóry powieki przeprowadza się w pozycji leżącej.

**W przypadku stosowania leczenia przeciwkrzepliwego pacjent winien porozumieć się z lekarzem prowadzącym kardiologiem. Ostateczna decyzja dotycząca modyfikacji leczenia w okresie okołoperacyjnym należy do prowadzącego kardiologa.**

Pacjent przed zabiegiem w znieczuleniu miejscowym powinien zjeść śniadanie, dbać o dobre nawodnienie, natomiast przed zabiegiem w znieczuleniu ogólnym wskazana jest dieta ścisła 6 godzin przed zabiegiem z wyłączeniem płynów przejrzystych (woda) do 2 godzin przed zabiegiem.

Należy bezwzględnie unikać palenia wyrobów tytoniowych oraz spożywania alkoholu oraz NLPZ.

Wskazana dobra kontrola chorób przewlekłych. Pacjent winien się stawić bez makijazu oraz sztucznych rzęs.

Przed zabiegiem lekarz przeprowadzi badanie okulistyczne celem oceny i zaplanowania zabiegu

Po zabiegu zalecane jest bezwzględne ograniczenie wysiłku fizycznego. Należy stosować leki pooperacyjne przepisane przez lekarza operującego. Należy unikać pocierania miejsca operowanego.

Operacja usunięcia zmiany skóry powieki wykonywana jest najczęściej w trakcie pobytu jednodniowego w trybie ambulatoryjnym lub w trakcie hospitalizacji

**WYNIKI LECZENIA / OCZEKIWANE KORZYŚCI:**

Celem zabiegu operacyjnego jest przywrócenie prawidłowego ustawienia powieki, przywrócenie prawidłowego nawilżenia powierzchni gałki ocznej. Nie należy oczekiwać efektu "odmłodzenia" wyglądu twarzy.

**INNE MOŻLIWE ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:** podklejanie powieki plastrem

**DAJĄCE SIĘ PRZEWDZIĆ NASTĘPSTWA OPERACJI, OCZEKIWANE KORZYŚCI**

Ponieważ zaburzenie ustawienia i wyglądu powiek są wynikiem zmian zwyrodnieniowych i inwolucyjnych skóry, tkanki podskórnej, mięśni powiekowych, więzadeł i przegrody oczodołu, możliwa jest w trakcie kolejnych lat tendencja do nawrotu nieprawidłowego ustawienia powiek, co wymaga zależnie od nasilenia zmian i wskazań medycznych kolejnych zabiegów.

**Krwiak powiek, mierny obrzęk, umiarkowany świąd skóry w trakcie gojenia oraz blizna – są typowe po zabiegu.**

**DAJĄCE SIĘ PRZEWDZIĆ NASTĘPSTWA ZANIECHANIA OPERACJI:**

Jeżeli nie wyrazi Pan/Pani zgody na proponowany zabieg/ rokowania co do Pana/Pani stanu zdrowia w przyszłości są następujące : progresja zmiany, brak prawidłowego nawilżenia powierzchni oka, zespół suchego oka, owrzodzenie rogówki mogące skutkować zapaleniem gałki ocznej i ślepotą

## **PRZECIWSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU**

Przeciwwskazania do przeprowadzenia zabiegu to: brak zgody pacjenta, aktywne zakażenia w obrębie oka i aparatu ochronnego, brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu – wskazane leczenie w znieczuleniu ogólnym, zapalenie brzegów powiek, zapalenie spojówek, zaburzenia krzepliwości krwi, skłonność do powstawania bliznowców

## **DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI - MOŻLIWE POWIKŁANIA:**

### **Częste, mniej groźne**

Krwawienie  
Nadmierna bądź niecałkowita korekcja odwinięcia i konieczność reoperacji

### **Rzadkie, dużo poważniejsze:**

Niedomykalność szpary powiekowej  
Rozejście się rany pooperacyjnej, zniekształcenie pooperacyjne powieki,  
Nadmierna grubość blizny, bliznowiec  
Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia  
Asymetria ustawienia powiek, wywinięcie powieki, podwinięcie powieki, odwinięcie powieki  
Zespół suchego oka  
Przebarwienia skóry powieki  
Przeczulica rzęs, Zmniejszona lub zwiększona wrażliwość czuciowa  
Krwiak pozagałkowy, ślepotą  
Uszkodzenie mięśnia, Krwiak mięśnia okrężnego/oczodołu  
Problem z gojeniem się rany

### **NIETYPOWE POWIKŁANIA/RYZYKA DLA DANEGO ZABIEGU:**

urazy powodowane przez brak współpracy pacjenta w trakcie zabiegu

## **OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA**

.....  
.....  
.....  
.....

## **ROKOWANIE**

W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Procesy starzenia się organizmu mogą niwelować skutki operacji i powodować nawrót zaburzeń ustawienia powiek.

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu/ operacji jest w Pana/Pani przypadku:  
duże            średnie            ograniczone

## **KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

Informujemy, że jeśli w toku wykonywania zabiegu operacyjnego wystąpią nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta, a niemożliwym byłoby niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na zmianę zakresu zabiegu to lekarz ma prawo zmienić zakres zabiegu w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## **OŚWIADCZENIE PACJENTKI/PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

Niniejszym oświadczam, że w pełni zrozumiałam(em) informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem, która dotyczyła świadomego wyrażenia zgody na w/w zabieg oraz te zawarte niniejszym formularzu.

Oświadczam również, że zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób przystępny i zrozumiały. Po

rozmowie z lekarzem oraz zapoznaniu się z treścią tego formularza spełnione zostały wszystkie moje wymagania co do informacji o :

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniach,
- celu oraz sposobie wykonania zabiegu
- proponowanych oraz możliwych metodach leczenia ( ewentualnie ich braku)
- spodziewanych efektach zabiegu i wynikach leczenia,
- rokowaniach;
- dających się przewidzieć następstwach wykonania zabiegu;
- dających się przewidzieć następstwach zaniechania wykonania zabiegu ,
- ryzyku zabiegu i możliwych powikłaniach,
- sposobie przygotowania do zabiegu i postępowania po jego wykonaniu,
- zaleceniach i przeciwwskazaniach,

**Biorąc powyższe pod uwagę:**

**WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie zabiegu: " chirurgiczna korekcja ustawienia powieki dolnej".

.....

Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

**NIE WYRAŻAM ZGODY** na proponowany zabieg operacyjny. Zostałem poinformowana(y) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

.....

Data, podpis pacjentki(a)/Przedstawiciela ustawowego

Niniejszym oświadczam, że w/w pacjent (ka) / przedstawiciel ustawowy pacjenta (ki) podpisał formularz po rozmowie i zapoznaniu się z treścią informacji zawartych w niniejszym formularzu w mojej obecności.

.....

**Data, podpis lekarza**