

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA ZABIEG OPERACYJNY**

**1 IMIĘ NAZWISKO** .....

**2 PESEL** .....

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

**4 RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI**

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do operacji: odwinięcie powieki dolnej (ectropion).

**5 PROPONOWANA METODA OPERACJI**

Operacja polega na operacyjnym ustawieniu powieki dolnej w jej fizjologicznym położeniu oraz plastyce rany pooperacyjnej.

Alternatywne metody : Brak jest możliwości leczenia zachowawczego

**6 DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI**

Celem zabiegu operacyjnego jest korekta ustawienia powiek w celu przywrócenia ich fizjologicznej funkcji ochrony gałki ocznej. Nie należy oczekiwać efektu “odmłodzenia” wyglądu twarzy.

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, blizna – są typowe po zabiegu.

**7 MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ**

- Krwawienie,
- Infekcja w obrębie rany pooperacyjnej
- Niedostateczna bądź nadmierna korekcja i konieczność przeprowadzenia reoperacji
- Krwiak mięśnia okrężnego/oczodołu
- Uszkodzenie dróg łzowych
- Rozejście się rany pooperacyjnej
- Zniekształcenie pooperacyjne powieki
- Problem z gojeniem się rany
- Nadmierna grubość blizny, bliznowiec
- Reakcja uczuleniowa na leki o różnym stopniu nasilenia
- Asymetria ustawienia powiek, podwinięcie powieki
- Zespół suchego oka
- Przebarwienia skóry powieki
- Przeczulica rzęs, utrata rzęs, brak wzrostu rzęs
- Krwiak pozagałkowy, ślepotą
- Zmniejszona lub zwiększona wrażliwość czuciowa

**8 ROKOWANIE**

*W medycynie niemożliwe jest udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii.*

*Jeżeli nie wyrazi Pani/n zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani/na stanu zdrowia w przyszłości jest następujące: progresja zmiany miejscowej.*

**9. ROZMOWA Z LEKARZEM**

Prosimy, aby Pani/n zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani/n wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią/a wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza pracującego w naszym Ośrodku.

Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

## 10. ZASTRZEŻENIA PACJENTKI/A CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO

.....  
.....

## 11. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność.

Przy braku Pani/a zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani/a zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

## 12. OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

### **Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)** **zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnej korekcji odwinięcia powieki dolnej**

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

*data podpis lekarza*

*podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

.....

.....

### **Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.**

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

*data podpis lekarza*

*podpis pacjentki/a albo uprawnionego opiekuna*

.....

.....

*Podpisanie formularza przez pacjentkę/a jest niemożliwe z powodu*

.....

*data podpis lekarza*