

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

1. **IMIĘ NAZWISKO**

2. **PESEL**

3. **RODZAJ OPERACJI:** Operacyjna korekta ustawienia powieki górnej - usunięcie nadmiaru zwiotczałej skóry powieki górnej

4. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani/a następujące wskazania do operacji: zwiotczenie skóry powieki górnej

5. PROPONOWANA METODA OPERACJI

Operacja polega na wycięciu nadmiaru zwiotczałej skóry powieki powodującej jej opadanie oraz plastyce rany pooperacyjnej.

Alternatywne metody leczenia : laserowy lifting powiek, zabieg z użyciem nici.

6. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Celem zabiegu operacyjnego jest korekta ustawienia powieki. 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 oraz blizna – są typowe po zabiegu.

7. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

- Krwawienie, infekcja w obrębie rany pooperacyjnej powieki
- Nadmierna bądź niecałkowita korekcja opadnięcia i konieczność reoperacji
- Niedomykalność szpary powiekowej
- 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, wywinięcie powieki
- Zespół suchego oka
- Przebarwienia skóry powieki górnej
- Przeczulica 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 zatrudnionego 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 z 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 zabiegu operacyjnego usunięcia nadmiaru zwiotczącej skóry powieki górnej 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