KONSORCJUM MEDYCZNE

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

PLASTYKI POWIEK GÓRNYCH - BLEFAROPLASTYKI

Imię i nazwisko ……...

PESEL……..

Adres zamieszkania…….

Data urodzenia …….

Tel. Kontaktowy ……..

EMAIL …….

Lekarz wykonujący zabieg ……..

Data wykonania zabiegu

…….

Podpis i pieczątka lekarza

……...……..

Rodzaj planowanego znieczulenia : miejscowe/ miejscowe z analgosedacją

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 sierpnia1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez imię i nazwisko lekarza wykonującego zabieg…… planowanego, wyżej wymienionego zabiegu chirurgicznego.

Otrzymałam/em następujący zestaw informacji:

- Informacja dla Pacjenta o zabiegu operacji powiek górnych
- Ogólne zalecenia dla Pacjenta po operacji plastycznej powiek

Oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach. Ponadto oświadczam, że zostałem/am w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowany/a o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawany/a;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie jego trwania, sposobie znieczulenia, przebiegu procesów gojenia oraz przewidywanym wyniku operacji;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego;
5. Konieczności odbycia wizyt kontrolnych po przeprowadzeniu zabiegu;
6. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z niestosowaniem się do zaleceń lekarza.
7. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

- Jestem świadomy/a, 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.
- Jestem ponadto świadomy/a, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników, m.in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.
- 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 wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałem/am poinformowany/a, przed wykonaniem zabiegu nie uprawnia mnie do roszczeń odszkodowawczych.
- Jestem świadomy/a, iż podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został określony przez lekarza, a moimi oczekiwaniami, a także brak akceptacji efektów zabiegu.
- Jestem świadomy/a, 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 planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności.

Zgoda ta uwzględnia także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznane 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.

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi.

Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostały mi przekazane w formie załącznika nr 3 oraz zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonanym zabiegu w formie karty informacyjnej, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

- Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania lekarzowi pytań dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący.
- Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w zupełności wystarczający, abym mógł/a w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.
- 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 jego zakończeniu 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 które zostały usunięte podczas zabiegu.

_____ _____

Data Podpis Lekarza Data Podpis Pacjenta

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu

jest_____

_____

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

_____ _____

Data Podpis Lekarza Data Podpis Pacjenta

Jak należy przygotować się do zabiegu?

- ☐ Przed zabiegiem warto zaszczepić się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu (WZWB).
- ☐ Przed zabiegiem należy wykonać następujące badania: morfologia (HGB, HCT, RBC, WBC, PLT); układ krzepnięcia (czas protrombinowy, APTT, INR); antygen HBS, HCV, HIV.
- ☐ badania należy wykonać nie wcześniej niż 2 tygodnie przed operacją,
- ☐ oryginały wszystkich badań należy mieć z sobą w dniu zabiegu,
- ☐ Należy zaprzestać palenia papierosów miesiąc przed zabiegiem i unikać palenia miesiąc po operacji.
- ☐ Nie pić alkoholu i napojów zawierających kofeinę przez 3 dni przed i po operacji.
- ☐ W ciągu 14 dni przed zabiegiem nie wykonywać innych zabiegów naruszających ciągłość skóry, np. peelingów, tatuaży, przekłuwania uszu, itp.
- ☐ W przypadku pojawienia się pierwszych oznak opryszczki, infekcji, przeziębienia należy o nich niezwłoczne poinformowanie Klinikę. Powyższy stan może być przeciwwskazaniem do zabiegu.
- ☐ Stosowanie leków w okresie przedoperacyjnym
- ☐ W okresie co najmniej 3 tygodni przed i po operacji należy unikać następujących leków doustnych: leków przeciwkrzepliwych (Aspiryna, leków zawierających kwas salicylowy, stosowanych w grypie/ gorączce, Acard), leków przeciwzapalnych (Piroxicam, Nurofen, Ibuprofen, Voltaren, Ketonal), leków zawierających witaminę E, preparatów zawierających korzeń żeń szenia, imbir, pierwiosnek, czosnek; preparatów zawierających olej z łososia i dorsza, tranu.

Powyższe leki wpływające na krzepnięcie krwi zwiększają ryzyko krwawienia śródoperacyjnego oraz powstawania siniaków w okresie pooperacyjnym.

- ☐ W przypadku przyjmowania suplementów diety należy upewnić się czy nie zaburzają one krzepnięcia krwi.
- ☐ Jeśli mają wpływ na krzepnięcie powinny zostać odstawione 3 tygodnie przed operacją.

- ☐ W razie dolegliwości bólowych przed zabiegiem można przyjmować: Paracetamol (APAP), Pyralginę, Tramal.
- ☐ Leki stosowane przewlekle (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby tarczycy) należy przyjmować „normalnie" chyba, że podczas konsultacji przedoperacyjnej zostaną uzgodnione inne zalecenia.
- ☐ Pacjenci z cienką, „pergaminową" skórą i dużą tendencją do siniaczenia około 7 dni przed zabiegiem mogą przyjmować Rutinoscorbin, Aescin lub Cyclonaminę w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia znacznego zasinienia powiek i obrzęków po zabiegu.

W dniu zabiegu:

- ☐ Nie pić kawy ani alkoholu (Pacjenci, u których planowany jest zabieg w sedacji nie powinny spożywać alkoholu przez co najmniej 3 dni przed zabiegiem. Wiele leków stosowanych podczas znieczulenia ma szereg niekorzystnych interakcji nawet z niewielkimi dawkami alkoholu).
- ☐ Jeżeli zabieg będzie wykonywany w znieczuleniu miejscowymi można rano zjeść normalny lekki posiłek. Jeśli zabieg będzie wykonywany w znieczuleniu dożylnym – analgosedacji do kliniki należy zgłosić się na czczo, co oznacza, pozostanie bez jedzenia i picia przez minimum 8 godzin.
- ☐ Należy przyjąć leki przyjmowane przewlekle chyba, że podczas konsultacji przedoperacyjnej zostały uzgodnione inne zalecenia.
- ☐ Należy wziąć poranny prysznic z użyciem zwykłych kosmetyków myjących.
- ☐ Nie należy nakładać makijażu ani balsamów do ciała na okolice gdzie będzie przeprowadzony zabieg,
- ☐ Nie należy zakładać soczewek kontaktowych,
- ☐ Nie należy zakładać biżuterii,
- ☐ Należy zdjąć „sztuczne rzęsy,
- ☐ Należy założyć wygodne, luźne ubranie zapinane z przodu.
- ☐ Warto zabrać ze sobą do Kliniki ciemne okulary.

- ☐ Warto zaopatrzyć się w żelowe kompresy chłodzące lub torebkę mrożonego, zielonego groszku – przydadzą się w pierwszym okresie po operacji.
- ☐ Należy pamiętać o zabraniu ze sobą do Kliniki dokumentu tożsamości i wyników wykonanych badań.

Przebieg zabiegu plastyki powiek górnych

Zabieg wykonywany jest na sali operacyjnej i rozpoczyna się od umycia i obłożenia pola operacyjnego. Następnie chirurg, za pomocą zmywalnego pisaka (markera) wyznacza zakres zabiegu, rysując linie cięć na skórze. Dolna linia cięcia, w przypadku plastyki powiek górnych, przebiega około 1 cm powyżej linii rzęs, w tak zwanej bruździe powiekowej, dzięki czemu blizna po operacji jest niewidoczna. Położenie górnej linii cięcia, a tym samym określenie zakresu wycięcia luźnej skóry, wyznacza się ujmując skórę powieki pęsetą w fałd w takim zakresie aby nie spowodować otwarcia szpary powiekowej. Górna i dolna linia cięcia łączą się ze sobą od strony nosa ponad kącikiem przyśrodkowym oka, w części bocznej około 1 cm za kącikiem bocznym. W tej okolicy blizna również jest niewidoczna dzięki umieszczeniu linii cięć w zmarszczkach mimicznych – „kurzych łapkach". Aby poprawić komfort podczas operacji do worka spojówkowego podawane są krople znieczulające a następnie pod powieki wkładane specjalne osłony chroniące oko. Następnie za pomocą bardzo cienkiej igły podawane jest znieczulenie nasiękowe w okolicę operowanego obszaru.

Kolejnym etapem zabiegu jest usunięcie w wyznaczonym wcześniej zakresie. U niektórych Pacjentów może być konieczne usunięcie przepuklin tłuszczu oczodołowego oraz uzupełnienie zabiegu o dodatkowe procedury, takie jak skrócenie rozcięgna mięśnia dźwigacza powieki górnej czy skrócenie mięśnia Müllera czy repozycja „wypadniętego" gruczołu łzowego. Krwawiące naczynia są precyzyjnie koagulowane – zamykane za pomocą diatermii.

W naszej klinice stosujemy niskotemperaturową diatermię radiofalową, pozwalającą uzyskać

nieporównywalnie wyższy w stosunku do innych metod koagulacji stopień kontroli precyzji, wszechstronności i bezpieczeństwa zabiegu. Wykorzystanie radiofrekwencji wysokiej częstotliwości (wynoszącej 4,0 MHz) minimalizuje rozprzestrzenianie się ciepła i

uszkodzenia tkanek podczas zabiegu, co przekłada się na korzyści kliniczne dla Pacjenta, takie jak zmniejszenie dolegliwości pooperacyjnych, minimalne bliznowacenie, przyspieszone gojenie i lepsze wyniki kosmetyczne.

Ostatnim etapem zabiegu jest zamknięcie rany operacyjnej. Jest ona zaszywana bardzo cienkim szwem śródskórnym lub szwami pojedynczymi a następnie zostaje zabezpieczona specjalistycznymi plastrami (steri-strip).

Najczęściej występujące objawy niepożądane i powikłania związane z operacją korekty powiek.

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji powiek. Pomimo, iż 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 oraz konsekwencje operacji.

Dające się przewidzieć następstwa zabiegu :

- ☐ Ból - po operacji powiek jest niewielki i zwykle ustępuje po paru godzinach, rzadko wymaga stosowania leków przeciwbólowych.
- ☐ Obrzęk, podbiegnięcia krwawe (siniaki) – są naturalną reakcją prawidłowo unaczynionej powieki na uraz operacyjny. Pojawić się mogą bezpośrednio po lub w pierwszych dniach po zabiegu i ustępują samoistnie zwykłe w ciągu 10-14dni. Nasilenie obrzęku oraz podbiegnięć krwawych (siniaków) jest zmienne, zależne od indywidualnych predyspozycji Pacjenta jak również od zakresu zabiegu – ilości usuwanych tkanek (skóry, przepuklin tłuszczowych), co ze względu często występującą asymetrię może skutkować różnym nasileniem powyższych objawów po stronie prawej i lewej u danego Pacjenta.
- ☐ „Suche oko" - po operacji powiek może dochodzić do przemijających zaburzeń związanych ze produkcją i rozprowadzaniem łez. Występowanie tego powikłania jest rzadkie. Osoby, u których przed zabiegiem rozpoznano zespół suchego oka muszą zdawać sobie sprawę z możliwości pogorszenia/ zaostrzenia objawów choroby po operacji.
- ☐ Infekcja rany – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków
- ☐ Przedłużone gojenie – możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. U Pacjentów palących papierosy występuje zwiększone ryzyko komplikacji związanych z gojeniem się rany oraz martwicy skóry.
- ☐ Blizny – każda rana, w tym operacyjna, goi się przez wytworzenie blizny. Nacięcia skóry goją się przez okres 3 – 6 miesięcy, po upływie tego czasu linie nacięć skóry będą stopniowo zanikać. Prawie na całym przebiegu linie cięć w przypadku plastyki powiek górnych „schowane" są w bruździe powiekowej więc nawet we wczesnym okresie gojenia nie są widoczne. U Pacjentów predysponowanych istnieje ryzyko powstania nieprawidłowych blizn w skórze lub głębiej położonych tkankach. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja.
- ☐ Reakcje alergiczne – reakcje alergiczne na szwy chirurgiczne, preparaty stosowane miejscowo do mycia pola operacyjnego oraz znieczulenia, obłożenie pola operacyjnego występują rzadko. Reakcje ogólnoustrojowe mogą być związane lekami

stosowanymi podczas znieczulenia dożylnego. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.

- ☐ 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 trwałe.
- ☐ Asymetria – pewna asymetria twarzy i okolicy oczu występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowy zabieg może być konieczny w celu poprawy asymetrii.
- ☐ Odległe wyniki – zmiana 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 korekty 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 zatrzymania wyników operacji.
- ☐ Choroby neurologiczne i objawy psychiatryczne – w literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji powiek związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem po zabiegu. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego efektu.
- ☐ Utrata wzroku – jest to powikłanie występujące wyjątkowo rzadka po operacji powiek.

Może ją spowodować wewnętrzne krwawienie wokół oka – krwiak wewnątrzoczodołowy.

Wystąpienia tego powikłania nie da się przewidzieć przed zabiegiem.

Okres rekonwalescencji po zabiegu

We wczesnym okresie po zabiegu może być odczuwalny niewielki dyskomfort w obrębie powiek oraz umiarkowany ból, który jednak można kontrolować za pomocą zaleconych, doustnych środków przeciwbólowych. Normalnym następstwem zabiegu jest obrzęk i zasinienie okolicy operowanej, których stopień zależy od indywidualnych predyspozycji

Pacjenta. Objawy te jednak szybko ustępują, stają się całkowicie niewidoczne po kilkunastu dniach od operacji. Celem redukcji nasilenia obrzęków i siniaków wskazane jest stosowanie, w ciągu kolejnych dni po zabiegu, zimnych kompresów na okolice powiek, unikanie pochylania się oraz spanie w pozycji z lekko uniesioną głową. W okresie pooperacyjnym może również być odczuwalne uczucie pieczenia i swędzenia oczu dlatego rutynowo po blefaroplastyce zalecane jest stosowanie kropli nawilżających typu „sztuczne łzy". Powrót do normalnego funkcjonowania i trybu życia możliwy jest już kilka dni po zabiegu. W 7 - 9 dobie po operacji zdejmowane są szwy a po kolejnych 7 - 10 dniach Panie mogą wykonać makijaż. W zależności od indywidualnych cech organizmu, zaróżowienie blizn może utrzymywać się nawet przez kilka miesięcy. Po tym czasie, blizny spowodowane nacięciami stają się praktycznie niewidoczne.

Jak należy postępować po zabiegu?

- ☐ Po zabiegu operacyjnym plastyki powiek, po około godzinie można opuścić klinikę i wrócić do domu. Powrót do domu powinien odbywać się w towarzystwie i pod opieką osoby dorosłej. Po zabiegu nie jest zalecane samodzielne prowadzenie samochodu - należy zapewnić sobie transport powrotny.
- ☐ Należy ściśle stosować się do zaleceń lekarza, a w szczególności przestrzegać przyjmowania zaleconych leków, stosować zalecone metody higieny operowanego oka (miejsce rany należy delikatnie przemywać 2 x dziennie preparatem odkażającym np. Octanisept, nie naciągając nadmiernie powieki tak aby rana się nie rozeszła). Niewskazane jest w tym czasie stosowanie żadnych maści i kremów na powieki nie zleconych przez lekarza.
- ☐ Należy stawiać się na wizyty kontrolne zgodnie z wyznaczonym harmonogramem.
- ☐ W przypadku nasilonych dolegliwości bólowych lub wystąpienia niepokojących objawów należy pilnie skontaktować się z lekarzem.
- ☐ Po powrocie do domu, celem zmniejszenia ryzyka wystąpienia zasinień i wybroczyn należy stosować zimne kompresy na powieki. W pierwszej dobie po zabiegu należy stosować zimne okłady. Do wykonania okładów można użyć kompresów żelowych ciepło – zimno (cold pack) lub mrożonego groszku.

- ☐ Przygotowanie groszku:

Torebkę (450 g) mrożonego groszku podzielić na 2 części, przesypać do woreczków śniadaniowych i luźno zawiązać. Na powieki należy położyć najpierw gazę, a następnie woreczek z groszkiem. Kompresy należy robić co godzinę, utrzymywać przez około 10 -15 min. Rozmrożony groszek należy zamrozić przed ponownym zastosowaniem.

- ☐ W przypadku wystąpienia dolegliwości bólowych, które zwykle są niewielkie, można stosować jedynie leki przeciwbólowe zlecone przez lekarza (zwykle Paracetamol APAP w dawce do 800 mg na dobę, Pyralginę lub Tramal).
- ☐ W pierwszych dniach po zabiegu, aby zmniejszyć narastanie obrzęku, zaleca się spanie z wyżej uniesioną głową (na 2 poduszkach).
- ☐ Obrzęk, podbiegnięcia krwawe, zasinienie powiek są naturalną reakcją prawidłowo unaczynionej powieki. Pojawić się mogą w pierwszych dniach po zabiegu i ustępują samoistnie zwykle w ciągu 10 -14dni. W przypadku znacznego nasilenia zmian po zabiegu można zastosować preparaty uszczelniające naczynia, przyjmowane ogólnie (Rutinoscorbin, Troxerutin, Aescin) lub miejscowe (maść z heparyną, preparaty z Arnicą), nie smarując jednak bezpośrednio ran operacyjnych.
- ☐ Ubranie noszone przez pacjenta po zabiegu powinno być wygodne, luźne najlepiej rozpinane z przodu (należy unikać ubrań zakładanych „przez głowę),
- ☐ W pierwszych tygodniach po zabiegu należy stosować do oczu krople nawilżające typu „sztuczne łzy celem zmniejszenia uczucia pieczenia i swędzenia oczu" jak również wzmożonej wrażliwość na światło.
- ☐ Przez tydzień po zabiegu należy unikać pochylania się oraz wykonywania wysiłku fizycznego (nie uprawiać sportu i intensywnych ćwiczeń fizycznych, powstrzymać się od aktywności seksualnych). Wzrost ciśnienia tętniczego krwi podczas wysiłku może spowodować powstanie lub nasilić zasinienia w obrębie powiek.
- ☐ Przez okres trzech – czterech tygodni należy wstrzymać się od gorących kąpieli oraz korzystania z sauny i basenów. Należy również unikać przebywania w pomieszczeniach o zwiększonym zapyleniu.
- ☐ W pierwszym tygodniu po operacji nie należy spożywać alkoholu.

- ☐ Szwy skórne zdejmowanie są około 7 dni po zabiegu. W miejscu cięcia pozostaje zaczerwienienie skóry, organizuje się blizna, która wymaga regularnego natłuszczania oraz delikatnego masażu. Można w tym celu zastosować preparaty przyspieszające gojenie (np. żel silikonowy na blizny, preparat Silaurum, Cicaplast).
- ☐ Soczewki kontaktowe można założyć po zdjęciu szwów, po około 5 -7 dniach po zabiegu.
- ☐ Pierwszy makijaż można wykonać 7 -14 dni po zdjęciu szwów.
- ☐ Należy chronić skórę twarzy przed słońcem/solarium przez cały okres gojenie do momentu zaniku blizn pooperacyjnych, zwykle jest to okres 2-3 miesięcy lecz czas ten jest zmienny osobniczo i zależny od stanu zdrowia, kondycji skóry oraz miejscowych warunków anatomicznych. W okresie tym wskazane jest używanie kremów z filtrem UV.
- ☐ Zaleca się zaprzestanie palenia papierosów na okres co najmniej 2 m-cy przed operacją oraz podczas okresu gojenia ze względu na realną groźbę gorszego gojenia się ran oraz powstania martwicy skóry.

KONSORCJUM MEDYCZNE

PYTANIA DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA I KWALIFIKACJI DO ZABIEGU:

(Wszystkie podane w niniejszym oświadczeniu informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą jedynie trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i przed udzieleniem odpowiedzi wyjaśnić wątpliwości z wykonującym zabieg lub lekarzem prowadzącym.)

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI TAK/NIE

1	Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy ? Jeśli tak to na co:…….. …….. ……..	**TAK**	**NIE**
2	Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a) ? (lateks, lidokaina, maści?) Jeśli tak to na co:…….. …….. ……..	**TAK**	**NIE**
3	Czy występują u Pana(i): 1. Duszność 2. Obrzęki 3. Pokrzywka 4. Swędzenie	 **TAK** **TAK** **TAK** **TAK**	 **NIE** **NIE** **NIE** **NIE**
4	Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień?	**TAK**	**NIE**
5	Czy miał/a Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności ?	**TAK**	**NIE**
6	Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?	**TAK**	**NIE**

7	Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób: choroby serca: zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego?	**TAK**	**NIE**
8	Inne choroby układu krążenia: nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności ?	**TAK**	**NIE**
9	Choroby naczyń krwionośnych: żylaki, zapalenie żył, złe krwawienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu ?	**TAK**	**NIE**
10	Choroby płuc: rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli?	**TAK**	**NIE**
11	Choroby układu pokarmowego: choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit?	**TAK**	**NIE**
12	Choroby wątroby: kamica, żółtaczka, marskość wątroby	**TAK**	**NIE**
13	Choroby układu moczowego: zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu?	**TAK**	**NIE**
14	Zaburzenia przemiany materii: cukrzyca, dna moczanowa?	**TAK**	**NIE**
15	Choroby tarczycy: nadczynność, niedoczynność, wole obojętne?	**TAK**	**NIE**
16	Zaburzenia hormonalne?	**TAK**	**NIE**
17	Choroby układu nerwowego: padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia?	**TAK**	**NIE**
18	Choroby krwi i układu krzepnięcia: hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba?	**TAK**	**NIE**
19	Choroby oczu: jaskra?	**TAK**	**NIE**

20	Zmiany nastroju: depresja, nerwica?	**TAK**	**NIE**
21	Choroby zakaźne?	**TAK**	**NIE**
22	Żółtaczka zakaźna typu A?	**TAK**	**NIE**
23	AIDS/HIV	**TAK**	**NIE**
24	Gruźlica?	**TAK**	**NIE**
25	Żółtaczka zakaźna typu B?	**TAK**	**NIE**
26	Żółtaczka zakaźna typu C?	**TAK**	**NIE**
27	Choroby weneryczne?	**TAK**	**NIE**
28	Choroba reumatyczna?	**TAK**	**NIE**
29	Osteoporoza?	**TAK**	**NIE**
30	Choroby układu kostno-stawowego: bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa?	**TAK**	**NIE**
31	Choroby skóry?	**TAK**	**NIE**
32	Opryszczka?	**TAK**	**NIE**

33	Inne dolegliwości, jakie? ……..	**TAK**	**NIE**
34	Czy dobrze zniósł/a Pan(i) znieczulenie?	**TAK**	**NIE**
35	Czy miał/a Pan(i) przetaczaną krew?	**TAK**	**NIE**
36	Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak, to ile i od kiedy?.....	**TAK**	**NIE**
37	Czy pił(a) Pan(i) alkohol w ciągu ostatnich 24h?	**TAK**	**NIE**
38	Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak, to jakie?.....	**TAK**	**NIE**
39	Czy przyjmował(a) Pan(i) tetracykliny, Accutane, Izotek? Jeśli tak to proszę przyjąć datę ostatniego przyjęcia leku……	**TAK**	**NIE**
40	Czy przyjmuje Pan(i) jakieś witaminy, zioła, suplementy diety? Jeśli tak to jakie?.....	**TAK**	**NIE**
41	Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? Zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe? Jeśli tak to jakie?.....	**TAK**	**NIE**
42	Czy w obrębie skóry przeznaczonej do zabiegu pojawił się kiedykolwiek stan zapalny, infekcja wirusowa/bakteryjna?	**TAK**	**NIE**
43	Czy często się Pan(i) opala?	**TAK**	**NIE**
44	Czy używa Pan(i) kremów z filtrem?	**TAK**	**NIE**
45	Czy używał/a Pan(i) w ciągu ostatnich 4 tygodni kremów z filtrem?	**TAK**	**NIE**

46	Czy w ostatnich 7 dniach były wykonywane jakiekolwiek inne zabiegi na skórze w miejscu, które ma być poddane zabiegowi? Jeśli tak to jakie?.....	**TAK**	**NIE**
47	Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak to, w którym miesiącu?.....	**TAK**	**NIE**
48	Czy ma Pan(i) skłonność do nieprawidłowego gojenia i tworzenia blizn?	**TAK**	**NIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować drogą elektroniczną: iodo@konsorcjum-medyczne.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

   a) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO - realizacji usług medycznych

   b) na podstawie art. 6 ust. 1 b) RODO - wykonania umowy zawartej z Pacjentem – przez okres obowiązywania umowy;

   c) na podstawie art. 6 ust. 1 c) RODO - wykonania ciążących na Administratorze obowiązków prawnych, np. dla celów administracyjnych, ewidencyjnych, podatkowych, archiwizacyjnych – w okresie koniecznym dla realizacji poszczególnych obowiązków wynikających z przepisów prawa;

   d) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) oraz art. 9 ust.2 lit. c) RODO - ochrony żywotnych interesów Pacjentów lub innych osób fizycznych np. w zakresie ochrony integralności fizycznej lub życia osoby, której dane dotyczą – w okresie koniecznym dla podjęcia interwencji;

   e) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - ochrony prawnie uzasadnionego interesu Administratora - w celu dochodzenia roszczeń – przez okres wymagalności ewentualnych roszczeń powstałych w związku z świadczeniem usług przez Administratora.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą współpracownicy i pracownicy Administratora w zakresie swoich obowiązków służbowych na podstawie upoważnienia oraz podmioty zewnętrzne z którymi Administrator podpisał umowę powierzenia.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych.
7. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie przez Użytkownika danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne w celu bezpiecznego wykonania zabiegu. Odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji usługi.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania tzn. żadne decyzje wywołujące wobec osoby skutki prawne lub w podobny sposób na nią istotnie wpływające nie będą oparte wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych i nie wiążą się z taką automatycznie podejmowaną decyzją.

* Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) udzielam Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystania zdjęć oraz nagrania z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanego materiału wyłącznie w celu zgodnym z działalnością prowadzoną przez w/w firmę .

……..

Data i podpis pacjenta

KONSORCJUM MEDYCZNE

Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej oraz wykorzystanie wizerunku

1. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi do celów dokumentacyjnych oraz na publikację i przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi.

_____

data i podpis Oświadczającego

2. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi do celów dokumentacyjnych oraz na publikację i przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby*

_____

data i podpis Oświadczającego

3. Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych - NIEZBĘDNE

_____

data i podpis Oświadczającego

Wypełnia lekarz:

Data wykonania zabiegu:

Wybrana procedura:

Uwagi po konsultacji:

……

……

……

Opis zabiegu:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Podpis, data, miejscowość i pieczątka lekarza

……

ZALECENIA PO ZABIEGU BLEFAROPLASTYKI

1. Po zabiegu blefaroplastyki zalecamy pacjentowi odpoczynek i chłodne okłady na oczy 6 razy dziennie po co najmniej 15 min. Okłady powinny być zabezpieczone gazą i nie dotykać bezpośrednio skóry aby uniknąć odmrożenia.

2. Pacjent po zabiegu może odczuwać dyskomfort, lekki ból – zaleca się zastosowanie powszechnych środków przeciwbólowych zgodnie z instrukcją na opakowaniu.

3. Należy unikać mycia głowy co najmniej przez 3 dni.

4. Należy unikać farbowania włosów do momentu usunięcia szwów i kontroli.

5. Nie wolno wykonywać żadnych zabiegów w obrębie twarzy do momentu zdjęcia szwów.

6. W pierwszym tygodniu po zabiegu należy unikać pochylania głowy i dźwigania.

7. Przez okres kilku tygodni należy powstrzymać się od uprawiania sportu oraz unikać intensywnego wysiłku fizycznego.

8. Nie wolno chodzić na basen, saunę i solarium ani brać gorących kąpieli.

9. Nie należy spożywać alkoholu i gorących napojów oraz palić tytoniu do czasu ściągnięcia szwów (około 7 dni).

10. Zaleca się spanie na plecach z lekko uniesioną głową, najlepiej na rogalu.

11. Do roku po zabiegu wskazane jest używanie kremów z wysokim filtrem UV.

12. Szwy zabezpieczone są stripami, które mogą ulec przemoczeniu i same odpaść. Zostawia się je w ten sposób na 24 godziny, po upływie tego czasu jeśli same nie odpadną należy je delikatnie ściągnąć.

13. Ważne, aby smarować ranę maścią Floxal 2 razy dziennie po uprzednim oczyszczeniu jej solą fizjologiczną i jałowymi gazikami.

14. Nie należy moczyć rany, a w przypadku konieczności jej przemycia powinno się zastosować jałowy gazik nasączony solą fizjologiczną.

15. Na powiekę dolną (NIGDY na ranę) można zastosować maść z arniką.

16. Ważne jest, aby całkowicie zrezygnować z makijażu i przemywania oczu kosmetykami przynajmniej do czasu zdjęcia szwów, gdyż nawet dobrej jakości kosmetyki mogą podrażnić delikatną skórę wokół ran pooperacyjnych.

17. Jeśli lekarz zaleci antybiotyki należy stosować je zgodnie z zaleceniem.

Potwierdzam odebranie zaleceń pozabiegowych

…….

ZALECENIA PO ZABIEGU BLEFAROPLASTYKI

1. Po zabiegu blefaroplastyki zalecamy pacjentowi odpoczynek i chłodne okłady na oczy 6 razy dziennie po co najmniej 15 min. Okłady powinny być zabezpieczone gazą i nie dotykać bezpośrednio skóry aby uniknąć odmrożenia.

2. Pacjent po zabiegu może odczuwać dyskomfort, lekki ból – zaleca się zastosowanie powszechnych środków przeciwbólowych zgodnie z instrukcją na opakowaniu.

3. Należy unikać mycia głowy co najmniej przez 3 dni.

4. Należy unikać farbowania włosów do momentu usunięcia szwów i kontroli.

5. Nie wolno wykonywać żadnych zabiegów w obrębie twarzy do momentu zdjęcia szwów.

6. W pierwszym tygodniu po zabiegu należy unikać pochylania głowy i dźwigania.

7. Przez okres kilku tygodni należy powstrzymać się od uprawiania sportu oraz unikać intensywnego wysiłku fizycznego.

8. Nie wolno chodzić na basen, saunę i solarium ani brać gorących kąpieli.

9. Nie należy spożywać alkoholu i gorących napojów oraz palić tytoniu do czasu ściągnięcia szwów (około 7 dni).

10. Zaleca się spanie na plecach z lekko uniesioną głową, najlepiej na rogalu.

11. Do roku po zabiegu wskazane jest używanie kremów z wysokim filtrem UV.

12. Szwy zabezpieczone są stripami, które mogą ulec przemoczeniu i same odpaść. Zostawia się je w ten sposób na 24 godziny, po upływie tego czasu jeśli same nie odpadną należy je delikatnie ściągnąć.

13. Ważne, aby smarować ranę maścią Floxal 2 razy dziennie po uprzednim oczyszczeniu jej solą fizjologiczną i jałowymi gazikami.

14. Nie należy moczyć rany, a w przypadku konieczności jej przemycia powinno się zastosować jałowy gazik nasączony solą fizjologiczną.

15. Na powiekę dolną (NIGDY na ranę) można zastosować maść z arniką.

16. Ważne jest, aby całkowicie zrezygnować z makijażu i przemywania oczu kosmetykami przynajmniej do czasu zdjęcia szwów, gdyż nawet dobrej jakości kosmetyki mogą podrażnić delikatną skórę wokół ran pooperacyjnych.

17. Jeśli lekarz zaleci antybiotyki należy stosować je zgodnie z zaleceniem.