



Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” Sp. z o.o.

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESELDATA.....

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG USUNIĘCIA CYSTY SPOJÓWKI

Spojówka to cienka, przezroczysta błona pokrywająca wewnętrzną powierzchnię powiek oraz część gałki ocznej. W jej obrębie mogą występować zmiany patologiczne o charakterze **cysty**. Jest to dobrze odgraniczony, przezroczysty twór umiejscowiony często przy rąbku rogówki. Cysty mogą mieć różną wielkość i może wypełniać je płyn.

Przygotowanie do zabiegu

Przed zabiegiem lekarz omawia z Pacjentem szczegóły postępowania. Następnie operowana okolica poddawana jest znieczuleniu miejscowemu.

Opis zabiegu

Zabieg jest krótki i bezbolesny. Polega na dokładnym wycięciu cysty. Następnie w miejscu wycięcia cysty zakładane są niezwykle cienkie, rozpuszczalne szwy.

Postępowanie po zabiegu

Pacjent może wyjść do domu bezpośrednio po zabiegu. Po operacji przez pewien czas należy nosić opatrunek zasłaniający gałkę oczną ok. 2-3 dni.

Przez 7 dni stosujemy leki w kroplach- wg zaleceń lekarza.

Po 7 dniach należy zgłosić się na wizytę kontrolną celem usunięcia szwów.

Po otrzymaniu wyczerpujących informacji nt zabiegu oraz nt ew. ryzyka wystąpienia powikłań-
wyrażam zgodę na zabieg

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o swoim schorzeniu, planowanym zabiegu, technice operacyjnej i powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu

.....
czytelny podpis Pacjenta

.....
czytelny podpis Lekarza