



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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESEL .....DATA.....

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG PLASTYKI ODWINIĘTEJ POWIEKI

Operacja **odwinięcia powieki** to zabieg polegający na przywróceniu prawidłowego ustawienia powieki dolnej, a w konsekwencji przywrócenia oku pełnej ochrony i poprawnego działania.

**Odwinięcie powieki** powstaje najczęściej z powodu zwiotczenia skóry, więzadeł i mięśni wokół oka i jest zwykle związane z zaawansowanym wiekiem. Bez operacji oko łzawi oraz jest narażone na zapalenie spojówek i choroby rogówki. W niektórych przypadkach rozwija się owrzodzenie rogówki, a w konsekwencji może dojść do trwałego pogorszenia widzenia.

### Przygotowanie do zabiegu

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

### Opis zabiegu

**Zabieg jest krótki i bezbolesny.** Polega na usunięciu fragmentu tarczki oraz skóry powieki dolnej. Nacięcia są zazwyczaj niewielkie. Na skórę zakładane są szwy. Powstające blizny po pewnym czasie stają się praktycznie niewidoczne.

### Postępowanie po zabiegu

**Pacjent może wyjść do domu bezpośrednio po zabiegu.** Po operacji przez krótki czas należy nosić opatrunek. Proces gojenia trwa zazwyczaj około 2-3 tygodni. Przez 7 dni należy stosować na tą okolicę maść z antybiotykiem.

Po 7 dniach zdejmowane są szwy ze skóry.

Przez okres kilku miesięcy nie powinno się opalać blizn.

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

.....  
czytelny podpis Pacjenta

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

.....  
czytelny podpis Lekarza