



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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

## 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