



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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG USUNIĘCIA GUZKA POWIEKI

**Guzy powiek** to nowotwory skóry, zmiany o charakterze zarówno łagodnym, jak i złośliwym. Usuwa się je głównie z przyczyn kosmetycznych.

### **Przygotowanie do zabiegu**

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

### **Opis zabiegu**

**Zabieg jest krótki i bezbolesny.** Polega na wycięciu zmiany z dbałością o to, by powstałe blizny były jak najmniej widoczne. W przypadku zmian „podejrzanych” usunięty materiał przesyłany jest do badania histopatologicznego. W miejscu usuniętych zmian czasem konieczne jest założenie SZWU.

### **Postępowanie po zabiegu**

**Pacjent może wyjść do domu bezpośrednio po zabiegu.** Bezpośrednio po operacji przez pewien czas należy nosić opatrunek zasłaniający gałkę oczną. Miejsca po usuniętych zmianach przez 7 dni smarujemy maścią z antybiotykiem. Usunięcie szwów odbywa się po 7 dniach.

Proces gojenia trwa zazwyczaj do 2 tygodni. 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

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