



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

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

## ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG PLASTYKI OPADAJĄCYCH POWIEK

### Opis zabiegu:

Plastyka powiek polega na precyzyjnym usunięciu nadmiaru skóry oraz – jeśli to konieczne – zgromadzonych pod nią niewielkich ilości tkanki tłuszczowej, która sprawia, że powieki wyglądają na opuchnięte. Na skórę zakładane są szwy. Powstające blizny po pewnym czasie stają się praktycznie niewidoczne.

### Przygotowanie do zabiegu

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

### 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.

### Praktyczne informacje:

Zabieg trwa około godziny, przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym.

Szwy usuwane są po około 7 dniach od zabiegu.

Efekt kosmetyczny osiągnąć jest zwykle po miesiącu od momentu wykonania plastyki.

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