



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

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (KI).....

PESELDATA.....

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG USUNIĘCIA ZMIANY BARWNEJ SPOJÓWKI

Spojówka to cienka, przeźroczysta błona pokrywająca wewnętrzną powierzchnię powiek oraz część gałki ocznej. W jej obrębie mogą występować zmiany patologiczne o charakterze **zmian barwnych**.

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 zmiany barwnej. Następnie w miejscu wycięcia 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 ew. usunięcia szwów.

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