**PROTOKÓŁ PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO OPERACJI  Z OŚWIADCZENIEM ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DGN**: H02.4 OPADNIĘCIE POWIEKI [ICD 11:9A03.0 Blepharoptosis]

**PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY**:SKRÓCENIE DŻWIGACZA POWIEKI GÓRNEJ. BLEPHAROPLASTYKA

[08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza]

* **WYWIAD**
* **Skargi / oczekiwania:**
* **Przeciwwskazania:** niestabilne nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba niedokrwienna serca, skazy naczyniowe i zaburzenia krzepnięcia, przyjmowanie leków wpływających na krzepliwość krwi, immunosupresyjnych i cytotoksycznych, niedokrwistość, duszności w wywiadzie, stany zapalne żył kończyn dolnych, cukrzyca niestabilna, znaczna otyłość [BMI > 35 kg/m2], nadczynność/niedoczynność tarczycy niewyrównana, infekcja ropna skóry, ciąża.
* **Choroby przewlekłe**:
* żylaki kk dolnych:
* zaburzenia krzepnięcia:
* zespól suchego oka
* urazy i operacje twarzy
* operacje oczne
* zaburzenia krzepnięcia:
* **Leki:**
* wpływające na krzepnięcie
* hormony płciowe
* **Historia medyczna:**
* **Operacje:**
* **Hospitalizacje**
* **Ciężkie choroby zakaźne:** wzw , gruźlica, choroby weneryczn
* **Ciąże:**
* **Uczulenia:**
* **Obciążenia rodzinne:**
* **Papierosy:**
* **BADANIE PRZEDMIOTOWE**
* waga / BMI:
* stopień opadnięcia powieki
* funkcja dźwigacza powieki górnej
* dermatochalazja
* opadanie brwi:
* opadanie powieki po stronie przeciwnej [objaw Heringa: + / -]
* **DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA W ZAŁĄCZENIU**
* **BADANIA DODATKOWE**
* morfologia krwi, układ krzepnięcia [INR, APTT],
* **PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**
* **Środki wpływające na krzepnięcie** należy zaprzestać zażywać na 7 dni przed zabiegiem
* Należy być zdrowym
* **Zakaz palenia 6 tygodni przed i po operacji - w przypadku braku zastosowania się do tego zalecenia Pacjent akceptuje znamiennie większe ryzyko wystąpienia zakażenia rany operacyjnej, opóźnionego gojenia rany, miejscowej martwicy tkanek oraz gorszych efektów operacji.**
* Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym **kąpiel** po bieżącą wodą w mydle antyseptycznym.
* Przed zabiegiem należy z**myć makijaż, lakier z paznokci, zdjąć wszelką biżuterię**
* Na skórę naniesione zostaną **oznaczenia / linie**, ułatwiające precyzyjne wykonanie operacji.
* Zrobiony zostanie **komplet zdjęć**.
* **PLAN ZABIEGU**
* Zabieg wykonuje się u chorych z opadaniem powiek górnych
* Operację wykonuje się ze wskazań zdrowotnych w przypadku ograniczenia pola widzenia.
* Celem zabiegu jest podniesienie ułożenie powieki górnej
* Operacja w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym
* Czas trwania zabiegu: 1 godzina
* Opis zabiegu:
* Operację wykonuje się w ułożeniu pacjenta w pozycji horyzontalnej na plecach.
* Po przygotowaniu pola operacyjnego, poprzez przemycie preparatem antyseptycznym wykonuje się cięcia w wyznaczonych miejscach na powiece górnej nad brzegiem rzęskowym od przyśrodkowego do bocznego kąta oka.



* Przecina się struktury powieki górnej do mięśnia Mullera i tarczki powieki górnej
* Identyfikujemy rozcięgno dźwigacza powieki górnej, które przyszywamy do tarczki jednocześnie skracając jego długość
* Jeśli istnieje taka konieczność wypreparowuje się i usuwa z w/w cięcia nadmiar skóry i tkanek miękkich powieki górnej.
* W dalszej części wykonuje się plastykę powieki górnej poprzez przesunięcie nadmiaru tkanek powieki na powstały ubytek.
* Operację kończy się kontrolą i zaopatrzeniem miejsc krwawienia w polu operacyjnym.
* Zakłada się szwy pierwotne na powieki, maść z antybiotykiem i opatrunek jałowy.
* Alternatywnym leczeniem do proponowanego jest:
* usunięcie części mięśnia Mullera i tarczki z dostępu przezskórnego
* usunięcie części mięśnia Mullera i tarczki z dostępu przezspojówkowego
* podwieszenie powieki na paskach powięzi
* Leczenie zachowawcze: brak
* Zaniechanie proponowanego leczenia spowoduje utrzymanie obecnego stanu miejscowego lub jego progresję
* **POSTĘPOWANIA POOPERACYJNE -** ostateczne zalecenia zostaną wydane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej.
* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
* PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h / DEXAK tab a 25 mg: 1 tab co 8 h w razie bólu;
* ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
* TRILAC 3 x 1 kaps.;
* VITA POS maść 3 x dz do worka spojówkowego
* CYCLO3FORT – 3 x 1 kaps.;
* LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
* KELO-COTE / DERMATIX / SUTRICON gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
* HYDROAID HYDROGEL EYE MASK – okłady w trakcie leżenia przez pierwszych 72 godz.
* GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
* OCTENISEPT;
* STERI STRIP
* Zimne okłady
* Dolegliwości bólowe występujące bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni mogą być kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych.
* Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu.
* **Pilna kontrola w przypadku wystąpienia zaburzeń widzenia.**
* W miejscy operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
* Należy bardzo pilnować ciśnienia tętniczego krwi, w każdym przypadku jego wzrostu przyjmować zalecone leki obniżające ciśnienie krwi.
* Przez 2 tygodnie spać z podniesionym wezgłowiem łóżka, ale unikać poduszki pod głową, aby zapobiegać zgięciu szyi
* Toaleta rany: do 3 doby po zabiegu zmiana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 3 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Usunięcie szwów za 7 / 10 dni
* Po odpadnięciu strupów należy zacząć stosować żele silikonowe.
* Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku [filtr UV > 30]
* Oszczędzający tryb życia 14 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.
* Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia /zabrudzenia rany należy ją przemyć preparatem antyseptycznym.
* **Efekt ostateczny zabiegu zależy od stanu ogólnego i miejscowego [słabsza elastyczność tkanek = gorszy efekt ostateczny] chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 miesięcy – w skrajnych przypadkach może wymagać operacji korekcyjnych.**
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych**
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.
* **POWIKŁANIA**

**MOŻLIWE POWIKŁANIA [należy uwzględnić możliwość wystąpienia każdego z niżej podanych powikłań podejmując decyzję o wyrażeniu zgody na proponowany zabieg]**

* Każdy zabieg lub operacja nie są obojętne dla organizmu człowieka i są związane z ryzykiem wystąpienia powikłań do **utraty zdrowia lub życia włącznie**. Każde nacięcie skóry jest zawsze związane z powstaniem **blizny** - wygląd blizny pooperacyjnej uzależniony jest od wielkości cięcia oraz od właściwości osobniczych chorego.
* Możliwe **powikłania miejscowe**: asymetria, uszkodzenie rogówki, niedomykalność powiek, uszkodzenie gruczołu łzowego, wypadanie spojówki, dalsze opadanie powieki, pozostawienie nadmiaru skóry powieki, deformacja szpary powiekowej, różnice w ułożeniu zmarszczek powiek górnych, wywinięcie powieki górnej, krwawienie, powstanie krwiaka, upośledzenie ukrwienia operowanej okolicy do powstania miejscowej martwicy włącznie (prowadzących do konieczności usunięcia martwych tkanek), zakażenie rany chirurgicznej, opóźnione gojenie lub brak gojenia się rany, powstanie surowiczaka, rozejście się brzegów rany, powstanie fałdów skórnych wokół blizny, odczyn na nici chirurgiczne, powstanie szpecącej, przerośniętej lub przykurczającej blizny, przeczulica (ból) lub zdrętwienie oraz utratę czucia w okolicy operowanej, przebarwienie lub zwiotczenie skóry, konieczność reoperacji w wyniku powstałych powikłań..
* Możliwe **powikłania ogólnoustrojowe**: gorączka, zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, zakażenie łożyska naczyniowego, uogólniona odpowiedź zapalna na zakażenie miejscowe, nasilenie objawów chorób współistniejących, reakcje uczuleniowe na stosowane leki lub środki opatrunkowe do wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego włącznie, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, wystąpienie zatorowości płucnej, niewydolność nerek, niewydolność wielonarządowa, zgon.
* **Mogą również wystąpić inne niekorzystne następstwa zabiegu, których nie można przewidzieć w danej chwili.**

**OŚWIADCZENIE LEKARZA OPERUJĄCEGO**

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ

*Zgodnie z art. 15 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 nr 52 poz. 417 z póź. zm) oraz art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Z 2011 nr 277 poz 164), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego, niżej opisanego leczenia chirurgicznego.*

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.

Zostałem(am) poinformowany(a):

- O rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku.

- O możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia

- O tym, że powodzenie samego zabiegu jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku. Prognozowanie jest oparte na danych statystycznych.

**Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych.** (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)

**Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym / miejscowym.**

**Zgadzam się** na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami sztuki medycznej, jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.

**Zgadzam się** na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.

**Całkowicie rozumiem, iż możliwości zabiegu są ograniczone. Zdaję sobie sprawę, że nie ma gwarancji na to, że oczekiwane efekty będą uzyskane. Zdaję sobie sprawę, że medycyna, chirurgia nie jest jednolitą nauką i mam świadomość, że nie ma gwarancji co do efektu operacji lub zabiegu.**

**Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.**

**Proszę o wykonanie proponowanej operacji.**

**Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia w wywiadzie lekarskim i nie stwierdzono u mnie schorzeń wymienionych w przeciwwskazaniach*.***

**Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich co do leków oraz postępowanie okołooperacyjnego i do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach.**

**W przypadku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich lub zatajenia rozpoznanych schorzeń i występujących dolegliwości, biorę pełną i osobistą odpowiedzialność za zaistniałe powikłania pooperacyjne.**

**Potwierdzam otrzymanie listy szczegółowych zaleceń pooperacyjnych.**

*Zostałem/am poinformowany/a o kosztach leczenia, które akceptuję.*

Ewentualne uwagi pacjenta:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis i dane lekarza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr n. med. Ryszard Mądry Chirurg Plastyczny - 3898704**

**ZALECENIA POOPERACYJNE**

[ostateczne zalecenia zostaną wydane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego]

* Operację wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowej.
* Zalecane leki, środki medyczne i materiały opatrunkowe:
* PARACETAMOL tabl. 1-2 co 6 h / DEXAK tab a 25 mg: 1 tab co 8 h w razie bólu;
* ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
* TRILAC 3 x 1 kaps.;
* VITA POS maść 3 x dz do worka spojówkowego
* CYCLO3FORT – 3 x 1 kaps.;
* LIOTON 1000 gel na krwiaki 3 x dz;
* KELO-COTE / DERMATIX / SUTRICON gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
* HYDROAID HYDROGEL EYE MASK – okłady w trakcie leżenia przez pierwszych 72 godz.
* GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
* OCTENISEPT;
* STERI STRIP
* Zimne okłady
* Dolegliwości bólowe występujące bezpośrednio po zabiegu i w ciągu kilku kolejnych dni mogą być kontrolowane za pomocą środków przeciwbólowych.
* Normalnym objawem jest występowanie obrzęków, zaczerwienienia, zwiększonego ucieplenia i podbiegnięć krwawych w okolicy operowanej, które ustępują stopniowo w okresie od 2 do 3 tygodni po zabiegu.
* W miejscy operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
* Należy bardzo pilnować ciśnienia tętniczego krwi, w każdym przypadku jego wzrostu przyjmować zalecone leki obniżające ciśnienie krwi.
* Przez 2 tygodnie spać z podniesionym wezgłowiem łóżka, ale unikać poduszki pod głową, aby zapobiegać zgięciu szyi
* Toaleta rany: do 3 doby po zabiegu zmiana opatrunków powierzchownych, nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemycie płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy
* Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 3 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
* Usunięcie szwów za 7 / 10 dni
* Po odpadnięciu strupów należy zacząć stosować żele silikonowe.
* Blizny po operacji mogą być opalane dopiero po upływie roku [filtr UV > 30]
* Oszczędzający tryb życia 14 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa.
* Dieta bogatobiałkowa
* Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies
* Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.
* Do czasu wygojenia rany należy dbać o jej higienę wg zaleceń podanych przez personel medyczny. Nie należy leżeć na ranie, przebywać w pozycjach powodujących ucisk rany, prowadzić samodzielnych zabiegów naruszających ciągłość naskórka pokrywającego ranę. W przypadku zamoczenia /zabrudzenia rany należy ją przemyć preparatem antyseptycznym.
* **Efekt ostateczny zabiegu zależy od stanu ogólnego i miejscowego [słabsza elastyczność tkanek = gorszy efekt ostateczny] chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 miesięcy – w skrajnych przypadkach może wymagać operacji korekcyjnych.**
* **Proces dojrzewania blizn i gojenia się tkanek nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych**
* W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty, jeżeli wystąpią objawy niepożądane.