

PROTOKÓŁ PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO OPERACJI^[1]_{SEP} Z OŚWIADCZENIEM ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG

Imię i nazwisko: _____ PESEL _____

DGN: H02.3 ZWIOTCZENIE SKÓRY POWIEK – OPADNIĘCIE BRWI

PROPONOWANY ZABIEG OPERACYJNY: REKONSTRUKCJA PRAWIDŁOWEGO UŁOŻENIE BRWI

❖ 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:

- zespół suchego oka
- urazy i operacje twarzy
- operacje oczne
- żylaki kk dolnych
- zaburzenia krzepnięcia:

✓ Leki:

- wpływające na krzepnięcie
- hormony płciowe

✓ Historia medyczna:

- operacje:

- hospitalizacje:

✓ Ciężkie choroby / zakaźne: wzw , gruźlica, choroby weneryczne

✓ Cięża:

✓ Uczulenia:

✓ Papierosy:

❖ BADANIE PRZEDMIOTOWE

- dermatochalazja
- przepuklina tłuszczowa:
- opadanie brwi:
- opadanie powiek:
- opadnięcie gruczołu łzowego
- niedomykalność powiek
- ptoza spowodowana dehiscencją dźwigacza

❖ DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA W ZAŁĄCZENIU BADANIA DODATKOWE

❖ BADANIA DODATKOWE

- o Ponieważ zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym u pacjentów bez obciążeń w wywiadzie zwykle nie wykonuje się przed tego typu operacją badań dodatkowych. Niemniej jednak lekarz czasami może zlecić wykonanie rutynowych badań laboratoryjnymi w zależności od stanu zdrowia pacjenta, lekarz może zlecić również inne badania dodatkowe.
- o morfologia krwi, układ krzepnięcia [INR, APTT],

❖ **PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU**

- ✓ Środki wpływające na krzepnięcie należy zaprzestać zażywać na 10 dni przed zabiegiem
- ✓ Należy być zdrowym
- ✓ Zakaz palenia 6 tygodni przed i po operacji - w przypadku braku zastosowania się do tego zalecenia Pacjent pacjent akceptuje znamienne większe ryzyko wystąpienia zakażenia rany operacyjnej, opóźnionego gojenia rany oraz miejscowej martwicy tkanek.
- ✓ Rano w dniu zabiegu zaleca się chorym kąpiel po bieżącą wodą w mydle antyseptycznym.
- ✓ Przed zabiegiem należy zmyć 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 obwisłością powiek górnych
- ✓ Operację wykonuje się ze wskazań estetycznych i zdrowotnych w przypadku ograniczenia pola widzenia.
- ✓ Celem zabiegu jest przywrócenie prawidłowego położenie linii brwi
- ✓ Operacja w znieczuleniu miejscowym
- ✓ Czas trwania zabiegu: do 1 godziny

❖ **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 nad górną linią brwi.



- Następnie wypreparowuje się i usuwa z w/w cięcia nadmiar skóry i tkanek miękkich.
 - Operację kończy się kontrolą i zaopatrzeniem miejsc krwawienia w polu operacyjnym.
 - Zakłada się szwy pierwotne na powieki i opatrunek jałowy.
- ✓ Proponowane leczenie jest leczeniem z wyboru w/w schorzeniu, dającym najlepszy efekt leczniczy.
- ✓ Alternatywnym leczeniem do proponowanego jest:
- pełny lifiting czoła z cięcia wieńcowego w linii włosów



- endoskopowy lifting czoła



- usunięcie nadmiaru skóry leserem, elektrokoagulacja
 - leczenie zachowawcze: brak
- ✓ Zaniechanie proponowanego leczenia może skutkować następującymi powikłaniami zdrowotnymi: 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;
 - CYCLO3FORT - 3 X 1 kaps.;
 - ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
 - TRILAC 3 x 1 kaps.;
 - LIOTON 1000 gel na krwaki 3 x dz;
 - KELO-COTE / DERMATIX gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
 - GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
 - płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny]/ OCTENISEPT;
 - OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ;
 - STERI STRIP
- ✓ 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 miejscu operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
- ✓ Zimne okłady
- ✓ Toaleta rany: nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemyć płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy STERI STRIP
- ✓ Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 3 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
- ✓ Oszczędzający tryb życia 14 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa.
- ✓ Dieta bogatobiałkowa
- ✓ Po około 4 tyg od wygojenia się ran należy zacząć stosować żele silikonowe lub opatrunki uciskowe a w przypadku przerastania blizn odzież uciskową.
- ✓ Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1-3 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies / 1 rok
- ✓ Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
- ✓ 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 chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 miesięcy.
- ✓ Proces obkurczania blizn 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 **utruty 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, utrata części brwi, pozostawienie nadmiaru skóry, 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 szpecacej, 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.

Data i podpis Pacjenta i Lekarza.....

RADYKALNE WYCIĘCIE ZMIANY SKÓRY

.....

Opracował dr n. med. Ryszard Mądry

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 krwiotopnych.** (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)
- **Zgadzam się na operację w znieczuleniu 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 okołoperacyjnego i do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach.

W przypadku nie przestrzegania 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;
 - CYCLOFORT - 3 X 1 kaps.;
 - ZINNAT tab/ a 500 mg No 10 szt: 1 tab co 12 h
 - TRILAC 3 x 1 kaps.;
 - LIOTON 1000 gel na krwaki 3 x dz;
 - KELO-COTE / DERMATIX gel - smarować blizny co 12 h od 14 dnia od zdjęcia szwów lub ustąpienia wysięku;
 - GAZIKI JAŁOWE 10 x 10 cm;
 - płyn antyseptyczny: KODAN [bezbarwny]/ OCTENISEPT;
 - OPATRUNKI JAŁOWE Z POWIERZCHNIĄ CHŁONNĄ;
 - STERI STRIP
- ✓ 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.

Data i podpis Pacjenta i Lekarza.....

RADYKALNE WYCIĘCIE ZMIANY SKÓRY

.....

Opracował dr n. med. Ryszard Mądry

- ✓ W miejscu operowanym może być odczuwalne swędzenie i uczucie napięcia, które ustępują po kilku tygodniach, a ich intensywność jest odbierana indywidualnie.
- ✓ Zimne okłady
- ✓ Toaleta rany: nie usuwać pasków Steri Strip, w 3 dobie usunąć w kąpieli, następnie codzienna zmiana opatrunku: przemyć płynem antyseptycznym + opatrunek jałowy STERI STRIP
- ✓ Kąpiel pod bieżącą wodą można wziąć 3 dni po zabiegu. Po kąpieli przemyć rany antyseptykiem.
- ✓ Oszczędzający tryb życia 14 dni; następnie stopniowa rehabilitacja ruchowa.
- ✓ Dieta bogatobiałkowa
- ✓ Po około 4 tyg od wygojenia się ran należy zacząć stosować żełe silikonowe lub opatrunki uciskowe a w przypadku przerastania blizn odzież uciskową.
- ✓ Przewidywane wizyty kontrolne w odstępach: 1-3 tyg [usunięcie szwów]; 1 mies / 3 mies / 6 mies / 1 rok
- ✓ Okresowa kontrola u lekarza POZ celem monitoringu ogólnego stanu zdrowia.
- ✓ 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 chorego oraz jego zaangażowanie w zalecenia co do rehabilitacji oraz opieki nad ranami oraz bliznami i jest osiągany po upływie około 6 miesięcy.
- ✓ Proces obkurczania blizn nie jest do końca przewidywalny i może wymagać operacji korekcyjnych
- ✓ W przypadku dodatkowych pytań proszę o kontakt telefoniczny lub osobisty jeżeli wystąpią objawy niepożądane.