

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

ELEKTROKOAGULACJA NIEPRAWIDŁOWO ROSNĄCYCH RZĘS

Cel dokumentu

Dokument ma pomóc w przeprowadzeniu i udokumentowaniu rozmowy z pacjentem przed zabiegiem elektrokoagulacji nieprawidłowo rosnących rzęs. Nie zastępuje indywidualnej kwalifikacji lekarskiej, badania okulistycznego ani oceny przyczyny nieprawidłowego wzrostu rzęs. Zakres zabiegu, liczba usuwanych rzęs, technika, ryzyko i zalecenia należy każdorazowo dostosować do stanu oka, powiek, powierzchni rogówki, chorób ogólnych i stosowanych leków.

1. Dane pacjenta, lekarza i zabiegu

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL / data urodzenia	
Adres / telefon kontaktowy	
Lekarz wykonujący / kwalifikujący	
Placówka	
Data i miejsce sporządzenia dokumentu	
Rozpoznanie / wskazanie	☐ trichiasis ☐ distichiasis ☐ rzęsy drażniące rogówkę/spojówkę ☐ inne:
Planowany zabieg	elektrokoagulacja nieprawidłowo rosnących rzęs
Strona zabiegu	☐ oko prawe ☐ oko lewe ☐ obustronnie
Lokalizacja rzęs	☐ powieka górna ☐ powieka dolna ☐ okolica kąta przyśrodkowego ☐ okolica kąta bocznego ☐ inne:
Szacowana liczba rzęs / mieszków	
Planowana technika	☐ elektrokoagulacja ☐ elektroliza ☐ radiofrekwencja/diatermia ☐ inna:
Znieczulenie	☐ miejscowe kroplowe ☐ miejscowe nasiękowe ☐ inne:
Zabieg łączony z inną procedurą	☐ nie ☐ tak:

CZĘŚĆ A. INFORMACJA DLA PACJENTA

2. Na czym polega problem nieprawidłowo rosnących rzęs?

Nieprawidłowo rosnące rzęsy mogą być skierowane w stronę powierzchni oka i drażnić spojówkę lub rogówkę. Może to powodować uczucie ciała obcego, łzawienie, zaczerwienienie, ból, światłowstręt, nawracające stany zapalne, ubytki nabłonka rogówki, a w cięższych przypadkach owrzodzenie, bliznowacenie rogówki i pogorszenie widzenia. Przyczyną mogą być m.in. trichiasis, distichiasis, blizny powieki, przewlekłe zapalenia, przebyte urazy lub nieprawidłowe ustawienie powieki.

3. Na czym polega elektrokoagulacja rzęs?

Elektrokoagulacja polega na miejscowym zniszczeniu mieszków nieprawidłowo rosnącej rzęsy za pomocą energii cieplnej/elektrycznej, zwykle po wcześniejszym znieczuleniu miejscowym. Lekarz identyfikuje rzęsę lub mieszki, może usunąć rzęsę pęsetą, a następnie wprowadza cienką elektrodę/igłę w okolice mieszków i wykonuje koagulację. Celem jest zmniejszenie ryzyka ponownego odrastania rzęsy w nieprawidłowym kierunku.

4. Cel zabiegu

Celem zabiegu jest trwałe lub długotrwałe usunięcie wybranych nieprawidłowo rosnących rzęs, zmniejszenie drażnienia powierzchni oka, ochrona rogówki i spojówki oraz ograniczenie dolegliwości takich jak pieczenie, łzawienie, ból, uczucie piasku pod powieką i nawracające zaczerwienienie oka.

5. Realistyczne oczekiwania i ograniczenia metody

Elektrokoagulacja dotyczy konkretnych, wybranych rzęs/mieszków. Nie zawsze pozwala na uzyskanie pełnego i trwałego efektu po jednym zabiegu. Rzęsy mogą odrosnąć, mogą pojawić się nowe nieprawidłowo rosnące rzęsy, a zabieg może wymagać powtórzenia. Skuteczność zależy m.in. od liczby rzęs, głębokości i położenia mieszków, przyczyny choroby, bliznowacenia powieki, jakości tkanek oraz gojenia. Zabieg nie koryguje przyczyny mechanicznej, jeżeli problem wynika np. z entropionu, istotnej wiotkości powieki, bliznowacenia lub nieprawidłowego ustawienia brzegu powieki.

Ważna informacja o efekcie

Elektrokoagulacja nieprawidłowo rosnących rzęs nie daje gwarancji trwałego usunięcia wszystkich drażniących rzęs. U części pacjentów konieczne są kolejne zabiegi lub leczenie przyczyny podstawowej, np. operacyjna korekcja ustawienia powieki.

6. Możliwe alternatywy

- okresowa obserwacja i leczenie zachowawcze, jeżeli ryzyko dla rogówki jest niewielkie;
- nawilżanie oka kroplami lub żelami, leczenie zapalenia brzegów powiek, leczenie zespołu suchego oka;
- mechaniczne usuwanie rzęs pęsetą/epilacja - zwykle efekt czasowy, rzęsa może odrosnąć;
- inne metody niszczenia mieszków rzęs, np. laser, krioterapia, radiofrekwencja - zależnie od dostępności i wskazań;
- zabieg operacyjny korygujący ustawienie powieki lub brzegu powieki, jeżeli przyczyną jest entropion, blizna, nieprawidłowe ustawienie powieki lub inna patologia anatomiczna;
- odroczenie zabiegu albo rezygnacja z zabiegu po omówieniu ryzyka z lekarzem.

7. Możliwe skutki zaniechania leczenia

- utrzymywanie się dolegliwości: ból, pieczenie, łzawienie, światłowstręt, uczucie ciała obcego;
- nawracające stany zapalne spojówki i brzegów powiek;
- otarcia i ubytki nabłonka rogówki, zapalenie rogówki, owrzodzenie rogówki;
- powstanie blizn rogówki, pogorszenie ostrości widzenia, a w skrajnych sytuacjach ciężkie powikłania rogówkowe;
- konieczność bardziej rozległego leczenia w przyszłości.

8. Przeciwwskazania i sytuacje wymagające szczególnej ostrożności

- czynna infekcja oka, powiek lub skóry w okolicy zabiegowej;
- aktywne, nasilone zapalenie brzegów powiek lub spojówek - może wymagać wcześniejszego leczenia;
- niekontrolowana cukrzyca, zaburzenia gojenia, ciężkie choroby ogólne w okresie zaostrzenia;
- zaburzenia krzepnięcia krwi lub stosowanie leków przeciwkrzepliwych/przeciwpłytkowych - wymagają omówienia z lekarzem;
- uczulenie lub wcześniejsza ciężka reakcja na leki znieczulające miejscowo, środki odkażające, antybiotyki lub maści okulistyczne;
- ciąża lub karmienie piersią - należy poinformować lekarza, aby indywidualnie ocenić zasadność i termin zabiegu;
- wszczepiony rozrusznik serca, kardiowerter-defibrylator, neurostymulator lub inne urządzenie elektroniczne - należy poinformować lekarza przed zabiegiem;
- brak możliwości współpracy podczas zabiegu lub utrzymania zaleceń po zabiegu.

9. Przygotowanie do zabiegu

- należy poinformować lekarza o wszystkich chorobach, alergiach, lekach, suplementach i wcześniejszych zabiegach okulistycznych;
- nie należy samodzielnie odstawiać leków przeciwkrzepliwych lub przeciwpłytkowych - decyzję należy uzgodnić z lekarzem prowadzącym;
- w dniu zabiegu nie stosować makijażu oczu, kremów, tłustych preparatów na powiekach ani soczewek kontaktowych, chyba że lekarz zaleci inaczej;
- w przypadku infekcji, gorączki, nasilonego zaczerwienienia oka, ropnej wydzieliny lub pogorszenia stanu ogólnego należy skontaktować się z placówką przed zabiegiem;
- po zabiegu widzenie może być czasowo zamglone przez masć/krople, łzawienie lub podrażnienie - warto zaplanować bezpieczny powrót do domu.

CZĘŚĆ B. RYZYKA, POWIKŁANIA I ZALECENIA

10. Możliwe powikłania i działania niepożądane

Powikłania częstsze lub zwykle przemijające

- ból, pieczenie, kłucie, uczucie ciała obcego, łzawienie lub przejściowe pogorszenie komfortu oka;

- zaczerwienienie, obrzęk, tkliwość, niewielkie krwawienie lub strupki w miejscu zabiegu;
- czasowe zamglenie widzenia po maści, kroplach, łzawieniu lub podrażnieniu oka;
- przejściowa nadwrażliwość na światło;
- konieczność powtórzenia zabiegu z powodu odrostu rzęsy lub pojawienia się nowych nieprawidłowych rzęs.

Powikłania rzadsze, ale istotne

- zakażenie powieki, spojówki lub powierzchni oka;
- nadmierne bliznowacenie, zgrubienie, przebarwienie lub odbarwienie w miejscu zabiegu;
- zniekształcenie, drobne wcięcie lub nierówność brzegu powieki;
- utrata sąsiednich prawidłowych rzęs, przerzedzenie rzęs lub zmiana ich kierunku wzrostu;
- uszkodzenie lub podrażnienie ujęść gruczołów powiekowych i nasilenie objawów suchego oka;
- otarcie, ubytek nabłonka, oparzenie lub zapalenie rogówki/spojówki;
- ból przewlekły lub utrzymująca się nadwrażliwość miejsca zabiegu;
- niedostateczny efekt, nadmierny efekt, nawrót problemu albo konieczność zastosowania innej metody leczenia;
- reakcja alergiczna lub nietolerancja na leki znieczulające, środki odkażające, krople, maści lub opatrunki;
- bardzo rzadko: powikłania mogące wymagać pilnego leczenia okulistycznego i wpływać na ostrość widzenia.

Brak gwarancji efektu

Pacjent przyjmuje do wiadomości, że celem zabiegu jest zmniejszenie drażnienia powierzchni oka przez wybrane rzęsy, ale nie można zagwarantować trwałego usunięcia problemu, idealnego efektu ani braku konieczności dalszego leczenia.

11. Znieczulenie

Zabieg wykonuje się najczęściej w znieczuleniu miejscowym, kroplowym i/lub nasiękowym. Podczas podawania znieczulenia oraz samego zabiegu możliwe są: krótkotrwały ból, pieczenie, uczucie rozpierania, krwawk po wkłuciu, reakcja wazowagalna, kołatanie serca, zawroty głowy, omdlenie, reakcja alergiczna lub inne działania niepożądane. Pacjent powinien poinformować lekarza o wcześniejszych reakcjach na znieczulenie miejscowe.

12. Zalecenia po zabiegu

- stosować krople, maść, higienę brzegu powieki i inne leki dokładnie według zaleceń lekarza;
- nie pocierać oka i nie drażnić miejsca zabiegu;
- przez okres wskazany przez lekarza unikać makijażu oczu, basenu, sauny, kąpeli w zbiornikach wodnych i ekspozycji miejsca zabiegu na zabrudzenie;
- w razie zaleconej kontroli zgłosić się w wyznaczonym terminie;
- nie usuwać samodzielnie strupków ani nie manipulować przy brzegu powieki;
- jeżeli pojawią się nowe rzęsy drażniące oko, niezwłocznie zgłosić się do kontroli, szczególnie gdy występuje ból, światłowstręt lub pogorszenie widzenia.

13. Objawy alarmowe wymagające pilnego kontaktu z lekarzem

- silny lub narastający ból oka/powieki, który nie ustępuje po zaleconym leczeniu;
- nagłe pogorszenie widzenia, znaczne zamglenie widzenia, silny światłowstręt;
- nasilające się zaczerwienienie oka, obrzęk powieki, ropna wydzielina, gorączka;
- podejrzenie urazu lub oparzenia rogówki, uczucie ostrego ciała obcego, niemożność otwarcia oka;
- objawy reakcji alergicznej: duszność, uogólniona pokrzywka, obrzęk twarzy/języka, zasnętnięcie.

14. Dokumentacja fotograficzna

Pacjent został poinformowany, że dokumentacja fotograficzna okolicy oczu może być elementem dokumentacji medycznej i służyć ocenie stanu przed zabiegiem, kontroli po zabiegu oraz porównaniu efektów leczenia. Wykorzystanie zdjęć do celów innych niż dokumentacja medyczna, w szczególności do celów edukacyjnych, naukowych, marketingowych lub publikacyjnych, wymaga odrębnej zgody pacjenta.

CZĘŚĆ C. OŚWIADCZENIA PACJENTA I ŚWIADOMA ZGODA

15. Oświadczenia pacjenta

- ☐ Oświadczam, że lekarz wyjaśnił mi rozpoznanie, przyczynę proponowanego zabiegu, jego cel, przebieg, możliwe korzyści, ograniczenia, alternatywy, ryzyko powikłań oraz możliwe skutki zaniechania leczenia.

- ☐ Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/am odpowiedzi w sposób dla mnie zrozumiały.
- ☐ Rozumiem, że elektrokoagulacja dotyczy wybranych rzęs/mieszków i może wymagać powtórzenia. Rozumiem, że rzęsy mogą odrosnąć lub mogą pojawić się nowe nieprawidłowo rosnące rzęsy.
- ☐ Rozumiem, że zabieg może nie usunąć przyczyny problemu, jeżeli wynika ona z nieprawidłowego ustawienia powieki, bliznowacenia, entropionu lub innej choroby wymagającej odrębnego leczenia.
- ☐ Poinformowałem/am lekarza o wszystkich znanych mi chorobach, alergiach, lekach, suplementach, zaburzeniach krzepnięcia, ciąży/karmieniu piersią oraz o wszczepionych urządzeniach elektronicznych, takich jak rozrusznik serca lub kardiowerter-defibrylator.
- ☐ Rozumiem, że mogę wycofać zgodę przed rozpoczęciem zabiegu oraz że odmowa lub odroczenie zabiegu może wiązać się z utrzymaniem lub nasileniem objawów oraz ryzykiem uszkodzenia powierzchni oka.

16. Zgoda właściwa

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu elektrokoagulacji nieprawidłowo rosnących rzęs.

Zakres zabiegu: ☐ oko prawe ☐ oko lewe ☐ obustronnie; lokalizacja:; liczba rzęs/mieszków:

Wyrażam zgodę na wykonanie czynności dodatkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia, jeżeli w trakcie zabiegu okażą się konieczne dla bezpieczeństwa pacjenta, w zakresie uzgodnionym z lekarzem i zgodnym z aktualną wiedzą medyczną.

17. Podpisy

Data i godzina	
Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego	
Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego zgodę	
Uwagi / ograniczenia / odmowa części zakresu	

KARTA KONTROLNA PRZED ZABIEGIEM

Element kwalifikacji	Tak	Nie	Uwagi
Potwierdzono oko i lokalizację rzęs	☐	☐	
Oceniono rogówkę / spojówkę	☐	☐	
Oceniono brzeg powieki i ustawienie powieki	☐	☐	
Wykluczono czynną infekcję oka/powieki	☐	☐	
Omówiono możliwość nawrotu i konieczność powtórzeń	☐	☐	
Omówiono alternatywy, w tym epilację czasową i leczenie chirurgiczne przyczyny	☐	☐	
Omówiono leki przeciwkrzepliwe/przeciwpłytkowe	☐	☐	
Sprawdzono alergie na znieczulenie, leki, środki odkażające	☐	☐	
Pacjent poinformował o rozruszniku/kardiowerterze/neurostymulatorze lub ich braku	☐	☐	
Pacjent otrzymał zalecenia po zabiegu i objawy alarmowe	☐	☐	

Miejsce na indywidualne zalecenia

.....

.....

.....

Uwaga: wzór dokumentu należy dostosować do aktualnych procedur placówki, realnego zakresu zabiegu, stanu pacjenta oraz lokalnej praktyki dokumentacyjnej. Zgoda powinna dokumentować rzeczywistą rozmowę lekarza z pacjentem.