

# INFORMACJA DLA PACJENTA I ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY PEKSJA BRWI / BROWPEXY

*Wzór formularza do indywidualnego omówienia, uzupełnienia i podpisania przed zabiegiem. Dokument nie zastępuje rozmowy lekarza z pacjentem.*

## I. DANE PACJENTA, PLACÓWKI I PLANOWANEGO ZABIEGU

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Placówka                          | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Lekarz wykonujący / kwalifikujący | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Imię i nazwisko pacjenta          | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| PESEL / data urodzenia            | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Adres / telefon kontaktowy        | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Data kwalifikacji                 | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Data planowanego zabiegu          | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Rozpoznanie / wskazanie           | .....                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Zakres zabiegu                    | <input type="checkbox"/> prawa brew <input type="checkbox"/> lewa brew <input type="checkbox"/> obustronnie                                                                                                                                                                                   |
| Charakter zabiegu                 | <input type="checkbox"/> funkcjonalny <input type="checkbox"/> estetyczny <input type="checkbox"/> funkcjonalno-estetyczny                                                                                                                                                                    |
| Planowana technika                | <input type="checkbox"/> browpexy wewnętrzna / przez dostęp z cięcia w fałdzie powieki górnej<br><input type="checkbox"/> browpexy wykonywana łącznie z plastyką powiek górnych<br><input type="checkbox"/> browpexy jako zabieg samodzielny<br><input type="checkbox"/> inna technika: ..... |
| Znieczulenie                      | <input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> miejscowe z sedacją / inną formą analgesedacji*<br><input type="checkbox"/> inne: .....                                                                                                                                           |
| Procedury dodatkowe               | <input type="checkbox"/> nie planuje się <input type="checkbox"/> plastyka powiek górnych - osobna zgoda <input type="checkbox"/> inne: .....                                                                                                                                                 |

\* Zakres i forma znieczulenia zależą od kwalifikacji medycznej, planowanego zakresu zabiegu i organizacji placówki.

## II. INFORMACJA DLA PACJENTA - NA CZYM POLEGA PEKSJA BRWI / BROWPEXY?

Peksja brwi, określana także jako browpexy, jest zabiegiem okuloplastycznym mającym na celu ustabilizowanie i/lub delikatne uniesienie brwi, najczęściej jej części bocznej. Zabieg może być wykonywany samodzielnie albo łącznie z plastyką powiek górnych, gdy opadanie brwi współuczestniczy w tworzeniu nadmiaru skóry nad powieką górną lub pogarsza efekt funkcjonalny i estetyczny.

W zależności od techniki i warunków anatomicznych zabieg może polegać na uwolnieniu tkanek w okolicy brwi i ich umocowaniu do głębiej położonych struktur, zwykle przy użyciu szwów. Przy technice wewnętrznej dostęp może przebiegać przez cięcie wykonywane w naturalnym fałdzie powieki górnej, często tym samym cięciem, które wykorzystuje się podczas blefaroplastyki górnej.

### Ważne ograniczenie efektu

Browpexy nie jest tym samym co klasyczny lifting czoła lub pełny lifting brwi. Efekt uniesienia brwi może być subtelny i zależy od anatomii pacjenta, napięcia tkanek, stopnia opadania brwi, jakości skóry, wieku, siły mięśni mimicznych oraz tego, czy zabieg jest wykonywany samodzielnie, czy łącznie z plastyką powiek górnych. Zabieg nie gwarantuje idealnej symetrii brwi i nie zastępuje operacyjnej korekcji ptozy powieki górnej, jeżeli przyczyną opadania powieki jest zaburzenie funkcji mięśnia dźwigacza lub jego rozciągnięcia.

## III. CEL I OCZEKIWANE KORZYŚCI

- **Stabilizacja położenia brwi**, zwłaszcza części bocznej, i ograniczenie jej dalszego opadania w krótkim okresie po zabiegu.
- **Delikatne uniesienie brwi** lub zmniejszenie jej nacisku na fałd skóry powieki górnej.

- **Poprawa proporcji okolicy oczodołu** i bardziej „otwartego” wyglądu oka, jeżeli pozwalają na to warunki anatomiczne.
- **Poprawa efektu plastyki powiek górnych** u pacjentów, u których opadanie brwi współtworzy nadmiar skóry powiek górnych.
- **Możliwa poprawa funkcjonalna** w przypadku ograniczania górnego pola widzenia przez opadającą brew i fałd skórny, jeżeli takie wskazanie stwierdzono w badaniu.

Ostateczny efekt ocenia się po ustąpieniu obrzęku i przebudowie tkanek. Wstępny wygląd może zmieniać się przez kilka tygodni, a dojrzewanie blizny i stabilizacja tkanek mogą trwać kilka miesięcy.

#### IV. CZEGO ZABIEG NIE GWARANTUJE I CZEGO MOŻE NIE SKORYGOWAĆ

- Zabieg nie gwarantuje pełnej ani trwałej symetrii brwi. Naturalna asymetria twarzy i mimiki może pozostać widoczna.
- Zabieg nie jest pełnym liftingiem czoła i zwykle nie daje tak dużego uniesienia jak klasyczne techniki liftingowe.
- Zabieg nie usuwa wszystkich zmarszczek czoła, lwiej zmarszczki ani nadmiaru skóry poza zakresem operowanym.
- Zabieg nie zastępuje leczenia opadania powieki górnej wynikającego z ptozy, czyli niewydolności mięśnia dźwigacza powieki lub jego rozciągnięcia.
- Zabieg nie zatrzymuje procesu starzenia, działania grawitacji, wiotczenia skóry ani zmian związanych z pracą mięśni mimicznych.
- Może być potrzebne leczenie uzupełniające lub korekcyjne, np. toksyna botulinowa, zabiegi na skórę, blefaroplastyka, korekta ptozy lub inny lifting brwi/czoła, jeżeli będzie to medycznie uzasadnione.

#### V. PRZEBIEG ZABIEGU

- Przed zabiegiem lekarz ocenia położenie brwi i powiek, asymetrię twarzy, funkcję powiek, powierzchnię oka oraz omawia z pacjentem realny zakres korekcji.
- Przed rozpoczęciem procedury lekarz może wykonać oznaczenia na skórze i dokumentację fotograficzną do dokumentacji medycznej.
- Zabieg jest najczęściej wykonywany w znieczuleniu miejscowym. Może być odczuwalne rozpieranie, pociąganie, dotyk, światło lampy operacyjnej lub przejściowy dyskomfort.
- W technice przezpowiekowej dostęp zwykle przebiega przez cięcie w fałdzie powieki górnej. Tkanki okolicy brwi są preparowane, odpowiednio ustawiane i mocowane szwami do głębszych struktur.
- W przypadku połączenia z plastyką powiek górnych zakres usunięcia skóry i/lub tkanek powiek jest planowany oddzielnie. Taki zabieg wymaga osobnego omówienia i zgody.
- Rana jest zamykana szwami. Czasami zakłada się opatrunek, plastry lub maść, zgodnie z decyzją lekarza.
- Zakres zabiegu może zostać ograniczony albo zmodyfikowany, jeżeli w trakcie procedury lekarz stwierdzi okoliczności mające znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta.

#### VI. ALTERNATYWY DLA ZABIEGU

Pacjent został poinformowany, że w zależności od wskazań możliwe mogą być również inne sposoby postępowania, w tym:

- obserwacja i rezygnacja z zabiegu w danym momencie;
- leczenie zachowawcze lub nieoperacyjne, np. toksyna botulinowa w wybranych przypadkach, zabiegi dermatologiczne lub kosmetyczne, jeśli są odpowiednie;
- plastyka powiek górnych bez browpexy, jeżeli problem dotyczy głównie nadmiaru skóry powieki;
- korekcja ptozy powieki górnej, jeżeli wskazaniem jest rzeczywiste opadanie powieki wynikające z zaburzeń aparatu dźwigacza;
- inne techniki chirurgicznego uniesienia brwi lub czoła, np. lifting bezpośredni, lifting skroniowy, endoskopowy lub klasyczny lifting czoła, jeżeli są wskazane;
- odroczenie leczenia do czasu wyrównania chorób ogólnych lub poprawy warunków miejscowych.

Lekarz omówił z pacjentem, dlaczego w aktualnej sytuacji proponowany jest zabieg peksji brwi / browpexy oraz jakie są możliwe konsekwencje wyboru innej metody lub rezygnacji z leczenia.

#### VII. MOŻLIWE SKUTKI ZANIECHANIA LECZENIA

- utrzymywanie się opadania brwi i ciężkości okolicy powiek górnych;
- utrzymywanie się lub pogłębianie asymetrii brwi i fałdu skórno-powiek;
- ograniczenie lub brak poprawy pola widzenia, jeżeli opadanie brwi ma znaczenie funkcjonalne;
- brak oczekiwanej poprawy wyglądu okolicy oczu;
- możliwe dalsze postępowanie zmian związanych z wiekiem, wiotkością skóry, mimiką i grawitacją.

#### VIII. PRZECIWSKAZANIA I SYTUACJE WYMAGAJĄCE ODROCZENIA ZABIEGU

O kwalifikacji do zabiegu decyduje lekarz po badaniu i zebraniu wywiadu. Zabieg może zostać odroczone, ograniczony albo odwołany w szczególności w przypadku:

- aktywnej infekcji skóry, spojówek, powiek, zatok lub infekcji ogólnej;
- niewyrównanego nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób tarczycy, chorób sercowo-naczyniowych lub innych istotnych chorób ogólnych;
- zaburzeń krzepnięcia, skłonności do krwawień, stosowania leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjnych bez właściwego przygotowania;
- aktywnych chorób zapalnych lub autoimmunologicznych, jeżeli zwiększają ryzyko zabiegu lub zaburzają gojenie;
- znacznego zespołu suchego oka, zaburzeń powierzchni oka, niedomykalności powiek lub innych chorób okulistycznych wymagających wcześniejszego leczenia;
- ciąży, karmienia piersią lub podejrzenia ciąży - decyzja zależy od oceny ryzyka i wskazań medycznych;
- alergii na leki, środki znieczulające, preparaty odkażające, materiały opatrunkowe lub szwy, jeśli nie można bezpiecznie dobrać alternatywy;
- nierealistycznych oczekiwań co do zakresu i trwałości efektu albo braku akceptacji możliwych powikłań.

## IX. RYZYKA I MOŻLIWE POWIKŁANIA

Każdy zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem powikłań, nawet przy prawidłowej kwalifikacji, technice i opiece pooperacyjnej. Powikłania mogą wystąpić jednostronnie lub obustronnie, czasowo albo trwale, i mogą wymagać dodatkowego leczenia, kontroli, leków, zabiegu korekcyjnego lub hospitalizacji.

### 1. Powikłania ogólne związane z raną i gojeniem

- ból, pieczenie, uczucie ciągnięcia, tkliwość lub przejściowy dyskomfort;
- obrzęk, zasinienie, krwiak, przedłużone podkrwawianie lub krwawienie z rany;
- zakażenie, ropienie, stan zapalny, konieczność antybiotykoterapii lub opracowania rany;
- rozejście rany, opóźnione gojenie, martwica brzegów rany, szczególnie przy paleniu tytoniu, cukrzycy lub zaburzeniach ukrwienia;
- blizna widoczna, przerostowa, twarda, bolesna, przebarwiona, odbarwiona lub nieestetyczna;
- reakcja na szwy, ziarniniak, torbiel, wyczuwalny lub widoczny materiał szewny, konieczność usunięcia szwu;
- reakcja alergiczna lub podrażnieniowa na leki, środki odkażające, plastry, opatrunki lub maści;
- konieczność dodatkowych wizyt, leczenia miejscowego, zabiegu naprawczego lub korekcyjnego.

### 2. Powikłania i ograniczenia specyficzne dla peksji brwi / browpexy

- niedostateczne uniesienie brwi lub słabszy efekt niż oczekiwany przez pacjenta;
- nadmierne uniesienie lub nienaturalny kształt brwi, wymagające obserwacji, masażu, leczenia lub korekty;
- asymetria wysokości, łuku, napięcia lub ustawienia brwi, mimo starannego planowania;
- nawrót opadania brwi albo stopniowe osłabienie efektu w czasie;
- uczucie napięcia, pociągania, ucisku lub dyskomfortu w okolicy brwi, czoła, skroni lub powiek;
- bóle głowy, miejscowa tkliwość, uczucie drętwienia, mrowienia, przeczulica lub osłabienie czucia w okolicy czoła, brwi lub skóry głowy;
- uszkodzenie drobnych gałązek nerwów czuciowych z przejściowymi lub rzadziej trwałymi zaburzeniami czucia;
- bardzo rzadko uszkodzenie gałązek nerwu twarzowego z zaburzeniem ruchomości brwi lub asymetrią mimiki;
- wyczuwalne zgrubienia, nierówności, włóknienie lub napięcie tkanek w miejscu mocowania;
- niezadowolający efekt estetyczny lub funkcjonalny mimo prawidłowo przeprowadzonego zabiegu.

### 3. Możliwe objawy okulistyczne i powikłania w obrębie oka

- przejściowe łzawienie, suchość oka, pieczenie, uczucie piasku pod powiekami lub światłowstręt;
- podrażnienie spojówki lub rogówki, otarcie rogówki, konieczność stosowania kropli lub maści ochronnych;
- przejściowe zamglenie widzenia, dyskomfort przy mruganiu lub trudność w pełnym domykaniu powiek;
- nasilenie wcześniejszego zespołu suchego oka lub ujawnienie objawów suchości po zabiegu;
- krwiak oczodołowy lub silny obrzęk mogący wymagać pilnej interwencji;
- bardzo rzadko ciężkie powikłania okulistyczne, w tym trwale pogorszenie widzenia lub utrata widzenia, zwłaszcza w przebiegu masywnego krwawienia, ucisku w oczodole lub innych nieprzewidywalnych zdarzeń medycznych.

### 4. Ryzyka związane ze znieczuleniem miejscowym

- ból lub pieczenie przy podawaniu znieczulenia, krwiak lub zasinienie w miejscu wkłucia;
- kołatanie serca, drżenie, niepokój lub przejściowy wzrost ciśnienia po środkach z adrenaliną / noradrenaliną;
- omdlenie wazowagalne, nudności, zawroty głowy lub reakcja stresowa;
- reakcja alergiczna, nadwrażliwość lub nietolerancja leku znieczulającego, środka odkażającego albo innych stosowanych preparatów;
- bardzo rzadko objawy ogólnoustrojowej toksyczności leków miejscowo znieczulających wymagające pilnego leczenia.

## X. PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU

- Należy poinformować lekarza o wszystkich chorobach, operacjach, alergiach, skłonności do bliznowców, omdleniach, chorobach oczu, suchości oka, jaskrze, chorobach tarczycy i wcześniejszych zabiegach w okolicy oczu.
- Należy przekazać pełną listę leków, suplementów i preparatów ziołowych, w szczególności leków przeciwkrzepliwych, przeciwplatek, przeciwzapalnych, sterydów, leków na nadciśnienie, cukrzycę i tarczycę.
- Nie należy samodzielnie odstawiać leków przeciwkrzepliwych ani przeciwplatek. Ewentualna modyfikacja leczenia wymaga decyzji lekarza prowadzącego i lekarza kwalifikującego do zabiegu.
- W dniu zabiegu okolica oczu i twarzy powinna być czysta, bez makijażu, kremu, tuszu do rzęs, sztucznych rzęs i soczewek kontaktowych, chyba że lekarz zaleci inaczej.
- Zaleca się ograniczenie alkoholu, nikotyny i intensywnego wysiłku przed zabiegiem, ponieważ mogą zwiększać ryzyko krwawienia, obrzęku i zaburzeń gojenia.
- Pacjent powinien zapewnić sobie bezpieczny powrót do domu. Po zabiegu nie należy prowadzić pojazdu, jeśli występuje zaburzenie widzenia, opatrunek, złe samopoczucie albo zastosowano leki upośledzające koncentrację.
- Lekarz może zlecić dodatkowe badania lub konsultacje, jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymaga.

## XI. ZALECENIA PO ZABIEGU

- Stosować zalecane krople, maści, leki przeciwbólowe, opatrunki i sposób higieny rany zgodnie z instrukcją lekarza.
- Przez pierwsze dni stosować chłodzenie okolicy zabiegowej według zaleceń, nie uciskając mocno gałki ocznej ani rany.
- Spać z głową ułożoną wyżej, unikać pochylania głowy, dźwigania, intensywnego wysiłku, gorących kąpiel, sauny, basenu i alkoholu przez okres zalecony przez lekarza.
- Nie trzeć oczu, nie naciągać powiek, nie masować okolicy brwi bez wyraźnego zalecenia lekarza.
- Nie stosować makijażu w okolicy oczu do czasu uzyskania zgody lekarza i prawidłowego zagojenia rany.
- Chronić bliznę przed słońcem i promieniowaniem UV; po zagojeniu stosować ochronę przeciwsłoneczną zgodnie z zaleceniem.
- Zgłosić się na kontrolę w wyznaczonych terminach. Zdjęcie szwów, jeśli dotyczy, odbywa się zwykle po kilku dniach, zgodnie z decyzją lekarza.
- Obrzęk, zasinienie i uczucie napięcia są częste w pierwszych dniach lub tygodniach. Ostateczna ocena efektu wymaga czasu i nie powinna być dokonywana bezpośrednio po zabiegu.

## XII. OBJAWY ALARMOWE - KIEDY PILNIE SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z LEKARZEM?

### **Pilny kontakt z lekarzem / placówką jest konieczny w przypadku:**

nagłego pogorszenia widzenia, silnego bólu oka lub oczodołu, narastającego jednostronnego obrzęku, szybko powiększającego się krwiaka, wytrzeszczu, podwójnego widzenia, obfitego krwawienia, ropnej wydzieliny, gorączki, nasilonego zaczerwienienia, duszności, uogólnionej reakcji alergicznej albo innych objawów niepokojących pacjenta.

## XIII. DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA

Pacjent został poinformowany, że dokumentacja fotograficzna okolicy oczu i twarzy może być wykonana przed zabiegiem, w trakcie leczenia oraz podczas kontroli pooperacyjnych w celu diagnostycznym, planowania zabiegu, oceny wyniku i prowadzenia dokumentacji medycznej.

Wykorzystanie zdjęć do celów edukacyjnych, naukowych, marketingowych, publikacyjnych lub w mediach społecznościowych wymaga odrębnej, dobrowolnej zgody pacjenta określającej zakres i sposób wykorzystania materiału. Brak takiej zgody nie wpływa na możliwość wykonania świadczenia medycznego.

## XIV. OŚWIADCZENIA PACJENTA

- Oświadczam, że przekazałem/przekazałam lekarzowi prawdziwe i pełne informacje o stanie zdrowia, chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach, suplementach, wcześniejszych zabiegach oraz istotnych dolegliwościach okulistycznych.
- Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam zrozumiałą informację o rozpoznaniu, celu, przebiegu i zakresie proponowanego zabiegu peksji brwi / browpexy.
- Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwych korzyściach, ograniczeniach efektu, alternatywach, skutkach zaniechania leczenia oraz możliwych powikłaniach, w tym rzadkich i ciężkich.
- Rozumiem, że browpexy może dawać efekt subtelny, nie jest pełnym liftingiem czoła/brwi, nie gwarantuje idealnej symetrii i nie zastępuje leczenia ptozy powieki górnej, jeśli taka ptiza występuje.
- Rozumiem, że wynik zabiegu zależy od anatomii, gojenia, jakości skóry, wieku, mimiki, stosowania się do zaleceń oraz indywidualnej reakcji organizmu.
- Rozumiem, że pomimo prawidłowego wykonania zabiegu mogą wystąpić powikłania lub niezadowolający efekt, a także może być potrzebne leczenie dodatkowe lub zabieg korekcyjny.
- Miałem/miałam możliwość zadawania pytań i uzyskałem/uzyskałam odpowiedzi zrozumiałe dla mnie.

- Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o zaleceniach przed- i pooperacyjnych oraz o objawach alarmowych wymagających pilnego kontaktu z lekarzem.
- Rozumiem, że mogę wycofać zgodę przed rozpoczęciem zabiegu, a odmowa lub wycofanie zgody może skutkować niewykonaniem zabiegu.

## XV. ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Po uzyskaniu informacji, zapoznaniu się z treścią niniejszego dokumentu i po rozmowie z lekarzem wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu:

### PEKSJA BRWI / BROWPEXY

☐ prawa strona   ☐ lewa strona   ☐ obustronnie

Planowana technika / uwagi: .....

Zabieg wykonywany: ☐ samodzielnie   ☐ łącznie z plastyką powiek górnych - osobna zgoda   ☐ z inną procedurą: .....

Wyrażam zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego oraz leków i materiałów medycznych niezbędnych do wykonania zabiegu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i oceną lekarza.

Wyrażam zgodę na ewentualne, medycznie uzasadnione dostosowanie zakresu lub techniki zabiegu w granicach omawianej procedury, jeżeli w trakcie zabiegu lekarz stwierdzi okoliczności istotne dla bezpieczeństwa, skuteczności lub prawidłowego wykonania zabiegu. Rozumiem, że rozszerzenie zabiegu o inną, nieuzgodnioną procedurę wymaga odrębnej zgody, chyba że zachodzi sytuacja nagła wymagająca działania dla ochrony zdrowia lub życia.

## XVI. DODATKOWE UWAGI / INDYWIDUALNE USTALENIA

## XVII. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przed przyjęciem zgody udzieliłem/udzieliłam pacjentowi informacji o rozpoznaniu, proponowanej metodzie leczenia, celu i zakresie zabiegu, możliwych alternatywach, skutkach zaniechania leczenia, typowych i istotnych powikłaniach, zaleceniach przed- i pooperacyjnych oraz odpowiedziałem/odpowiedziałam na pytania pacjenta w sposób dla niego zrozumiały.

## XVIII. PODPISY

| Pacjent / przedstawiciel ustawowy | Lekarz                          |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| .....<br>Data i czytelny podpis   | .....<br>Data i czytelny podpis |

W przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody należy uzupełnić dane przedstawiciela ustawowego / opiekuna oraz rozważyć wymogi zgody równoległej pacjenta, jeżeli ukończył 16 lat lub jest w stanie świadomie wyrazić stanowisko, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego     | ..... |
| Podstawa reprezentacji / stopień pokrewieństwa | ..... |
| Podpis przedstawiciela ustawowego              | ..... |

## KARTA KONTROLNA PRZED ZABIEGIEM - DO UZUPEŁNIENIA W PLACÓWCE

Lista pomocnicza dla personelu medycznego. Zakres należy dostosować do procedur placówki i stanu pacjenta.

| Element                                                                                                                                               | Tak                      | Nie / nie dotyczy        | Uwagi |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Tożsamość pacjenta potwierdzona                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Strona zabiegu oznaczona i zgodna z dokumentacją<br><input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> obustronnie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Zakres zabiegu omówiony z pacjentem                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Wyjaśniono różnicę między browpepy a liftingiem czoła/brwi                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Wyjaśniono, że zabieg nie zastępuje korekcji ptozy powieki                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Wywiad chorobowy i okulistyczny zebrany                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Leki przeciwkrzepliwe / przeciwplatekcyjne omówione                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Alergie i reakcje na leki / środki odkażające / plastry omówione                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Ciepłota ciała / stan ogólny ocenione według procedury placówki                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Dokumentacja fotograficzna wykonana lub świadomie odstąpiono                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Zalecenia po zabiegu przekazane pacjentowi                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Numer kontaktowy / tryb kontaktu w razie objawów alarmowych przekazany                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Zgoda podpisana przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

Uwagi końcowe / zalecenia indywidualne:

.....

.....

.....