

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY PLASTYKA POWIEK GÓRNYCH / BLEFAROPLASTYKA POWIEK GÓRNYCH

Cel dokumentu

Dokument ma pomóc w przeprowadzeniu i udokumentowaniu rozmowy z pacjentem. Nie zastępuje indywidualnej kwalifikacji lekarskiej, badania ani omówienia szczegółów zabiegu. Zakres zabiegu, ryzyko i zalecenia należy każdorazowo dostosować do stanu zdrowia pacjenta, anatomii powiek, chorób oczu, stosowanych leków oraz planowanej techniki operacyjnej.

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	
Planowany zabieg	plastyka powiek górnych / blefaroplastyka powiek górnych
Strona zabiegu	☐ prawa powieka górna ☐ lewa powieka górna ☐ obustronnie
Planowany zakres	☐ wycięcie nadmiaru skóry ☐ redukcja mięśnia okrężnego ☐ korekta/redukcja przepuklin tłuszczowych ☐ inne:
Zabieg łączony z inną procedurą	☐ nie ☐ tak:

CZĘŚĆ A. INFORMACJA DLA PACJENTA

2. Na czym polega plastyka powiek górnych?

Plastyka powiek górnych, czyli blefaroplastyka powiek górnych, jest zabiegiem chirurgicznym polegającym najczęściej na usunięciu nadmiaru skóry powiek górnych. W zależności od kwalifikacji i warunków anatomicznych możliwe jest także ograniczone usunięcie lub modelowanie fragmentu mięśnia okrężnego oka oraz tkanek tłuszczowych. Cięcie planuje się zwykle w naturalnym załamku powieki górnej, tak aby blizna po wygojeniu była możliwie mało widoczna. Rana jest zamykana szwami, które najczęściej usuwa się podczas kontroli pooperacyjnej.

3. Cel i możliwe korzyści zabiegu

Celem zabiegu może być zmniejszenie nadmiaru skóry powiek górnych, poprawa odsłonięcia szpary powiekowej, zmniejszenie uczucia ciężkości powiek, poprawa komfortu widzenia w przypadku ograniczenia pola widzenia przez nadmiar skóry oraz poprawa wyglądu okolicy oczu. Zakres możliwej poprawy zależy od anatomii pacjenta, jakości skóry, ustawienia brwi, stopnia wiotkości tkanek, chorób oczu i ogólnego stanu zdrowia.

4. Realistyczne oczekiwania i ograniczenia zabiegu

Plastyka powiek górnych nie jest tym samym co lifting brwi, lifting czoła ani leczenie wszystkich zmarszczek okolicy oczu. Jeżeli istotną przyczyną nadmiaru skóry jest opadanie brwi, sam zabieg powiek może dać efekt ograniczony lub krótkotrwały i może być konieczne omówienie dodatkowej procedury, np. peksji brwi / browpexy lub liftingu brwi. Zabieg nie leczy ptozy powieki wynikającej z zaburzenia działania mięśnia dźwigacza powieki, chyba że korekcja ptozy została oddzielnie rozpoznana, omówiona i zaplanowana. Ostateczny efekt estetyczny nie może być zagwarantowany i zależy m.in. od gojenia, asymetrii wyjściowej, budowy oczodołu, wieku, chorób towarzyszących i przestrzegania zaleceń pooperacyjnych.

5. Przebieg zabiegu

Przed zabiegiem lekarz ocenia powieki i okolice oczu, omawia zakres zabiegu oraz wykonuje oznaczenia skóry. Zabieg wykonywany jest najczęściej w znieczuleniu miejscowym. Po dezynfekcji i przygotowaniu pola operacyjnego lekarz wykonuje cięcie w zaplanowanej linii, usuwa lub modeluje odpowiedni zakres tkanek, kontroluje krwawienie i zakłada szwy. Po zabiegu pacjent otrzymuje zalecenia oraz termin kontroli.

6. Znieczulenie

Zabieg najczęściej wykonuje się w znieczuleniu miejscowym nasiękowym. Podanie leku znieczulającego może powodować krótkotrwały ból, pieczenie, uczucie rozpierania, zasinienie lub krwiak w miejscu wkłucia. Możliwe są także reakcje ogólne, takie jak osłabienie, omdlenie wazowagalne, kołatanie serca, wzrost ciśnienia, niepokój, reakcja alergiczna lub bardzo rzadko ciężka reakcja anafilaktyczna. Jeżeli planowana jest sedacja lub inny rodzaj znieczulenia, wymaga to odrębnego omówienia i odpowiedniej zgody.

7. Możliwe alternatywy

- odstąpienie od zabiegu i obserwacja;
- leczenie zachowawcze objawów, np. nawilżanie powierzchni oka, jeżeli jest wskazane;
- procedury niechirurgiczne lub dermatologiczno-kosmetologiczne, które mogą poprawiać jakość skóry, ale zwykle nie usuwają istotnego nadmiaru skóry;
- peksja brwi / browpexy, lifting brwi lub lifting czoła, jeżeli głównym problemem jest opadanie brwi;
- korekcja ptozy powieki, jeżeli rozpoznano rzeczywiste opadanie powieki związane z mięśniem dźwigaczem;
- inna technika operacyjna lub odroczenie zabiegu.

8. Skutki zaniechania zabiegu

W przypadku rezygnacji z zabiegu nadmiar skóry powiek górnych, uczucie ciężkości powiek, ograniczenie pola widzenia przez fałd skóry, nawracające podrażnienia oraz problem estetyczny mogą się utrzymywać lub stopniowo nasilać. Zaniechanie zabiegu nie powoduje jednak zwykle nagłego zagrożenia życia. Decyzja o zabiegu powinna uwzględniać dolegliwości pacjenta, wynik badania, oczekiwania, choroby oczu oraz bilans możliwych korzyści i ryzyka.

9. Przeciwwskazania i sytuacje wymagające szczególnej ostrożności

- aktywny stan zapalny oka, powiek lub skóry okolicy zabiegowej;
- nieuregulowane nadciśnienie tętnicze, niewyrównana cukrzyca lub inne niewyrównane choroby ogólne;
- zaburzenia krzepnięcia, skaza krwotoczna lub stosowanie leków zwiększających ryzyko krwawienia bez wcześniejszego omówienia postępowania;
- ciężki zespół suchego oka, zaburzenia powierzchni oka lub choroby rogówki wymagające szczególnej oceny;
- choroby tarczycy z zajęciem oczodołów, istotny wytrzeszcz, zaburzenia domykania powiek;
- skłonność do nieprawidłowego gojenia, bliznowców, przewlekłe infekcje skóry;
- ciąża, karmienie piersią lub stan ogólny uniemożliwiający bezpieczne przeprowadzenie zabiegu;
- nierealistyczne oczekiwania co do efektu albo brak akceptacji możliwości powikłań i różnic w gojeniu.

10. Możliwe następstwa i powikłania

Każdy zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych, nawet przy prawidłowej kwalifikacji i starannym wykonaniu. Poniższa lista obejmuje najważniejsze, ale nie wszystkie możliwe następstwa i powikłania.

Kategoria	Przykłady
Objawy typowe i zwykle przemijające	obrzęk, zasinienie, tkliwość, ból, uczucie napięcia skóry, łzawienie, przejściowa suchość lub pieczenie oczu, niewielkie krwawienie z rany, przejściowe zaburzenia czucia skóry powiek, przejściowo nieostre widzenie związane z obrzękiem, maścią lub łzawieniem.
Powikłania rany i gojenia	krwiak, przedłużone krwawienie, zakażenie, rozejście rany, opóźnione gojenie, widoczna lub przerosta blizna, przebarwienie, zgrubienia, torbiele naskórkowe/milia, nierówność blizny, konieczność korekty chirurgicznej.
Powikłania estetyczne i funkcjonalne	asymetria powiek, niedokorekcja, nadmierna korekcja, nierówność fałdu powiekowego, zmiana kształtu szpary powiekowej, niezadowalający efekt estetyczny, pogłębienie widoczności opadania brwi, „pusty” wygląd powieki przy nadmiernej redukcji tkanek, konieczność kolejnego zabiegu.
Powikłania dotyczące oka	nasilenie suchości oka, uczucie piasku pod powiekami, podrażnienie lub uszkodzenie nabłonka rogówki, zapalenie spojówek/rogówki, przejściowa nadwrażliwość na światło, trudność w stosowaniu soczewek kontaktowych, przejściowe zaburzenia domykania powiek.
Rzadkie, ale poważne powikłania	znaczny krwiak oczodołowy, wzrost ciśnienia w oczodole, nagłe pogorszenie widzenia, podwójne widzenie, uszkodzenie struktur oka lub oczodołu, trwałe pogorszenie widzenia albo utrata widzenia. Są to sytuacje bardzo rzadkie, ale wymagające pilnej interwencji.
Ryzyka znieczulenia i leków	reakcja alergiczna, omdlenie, kołatanie serca, wzrost ciśnienia, nudności, reakcje niepożądane po lekach, interakcje z przyjmowanymi lekami.

11. Przygotowanie do zabiegu

- Należy poinformować lekarza o wszystkich chorobach przewlekłych, zabiegach okulistycznych, chorobach tarczycy, alergiach, skłonności do bliznowców, zaburzeniach krzepnięcia oraz o wszystkich przyjmowanych lekach i suplementach.
- Nie wolno samodzielnie odstawiać leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjnych. Ewentualna modyfikacja leczenia wymaga uzgodnienia z lekarzem prowadzącym i lekarzem wykonującym zabieg.
- W dniu zabiegu nie należy nakładać makijażu, kremów, kosmetyków w okolicy oczu ani zakładać soczewek kontaktowych, chyba że lekarz zaleci inaczej.
- O infekcji, gorączce, opryszczce, zapaleniu spojówek, zmianach skórnych lub nagłym pogorszeniu stanu zdrowia należy poinformować placówkę przed zabiegiem.
- Warto zapewnić sobie osobę towarzyszącą i transport do domu, szczególnie gdy podawane są leki uspokajające lub gdy po zabiegu występuje obrzęk i pogorszenie komfortu widzenia.

12. Zalecenia po zabiegu

- Stosować leki, maści, krople i opatrunki zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Przez pierwsze 24–48 godzin zwykle zaleca się chłodne okłady przez tkaninę, bez uciskania gałek ocznych.
- Spać z głową ułożoną wyżej, unikać schylania, dźwigania, intensywnego wysiłku, sauny, solarium, basenu i przegrzewania przez okres wskazany przez lekarza.
- Nie pocierać oczu, nie usuwać samodzielnie strupków ani szwów, nie stosować makijażu do czasu zgody lekarza.
- Zgłosić się na kontrolę i zdjęcie szwów w wyznaczonym terminie; najczęściej następuje to po kilku dniach, zgodnie z decyzją lekarza.
- Blizna dojrzewa stopniowo przez wiele tygodni lub miesięcy; ostateczna ocena efektu wymaga czasu.

Objawy alarmowe wymagające pilnego kontaktu z lekarzem lub SOR okulistycznym

Nagłe pogorszenie widzenia, silny narastający ból oka lub oczodołu, szybko narastający jednostronny obrzęk, twardy bolesny oczodoł, masywne krwawienie, wytrzeszcz, podwójne widzenie, gorączka, ropna wydzielina, duszność, uogólniona reakcja alergiczna. W takich sytuacjach nie należy czekać do planowej kontroli.

CZĘŚĆ B. ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG OPERACYJNY

13. Potwierdzenie przekazania informacji

- ☐ Lekarz wyjaśnił mi rozpoznanie, wskazania do zabiegu, proponowany sposób leczenia, możliwe korzyści, ograniczenia, alternatywy, następstwa zaniechania oraz możliwe powikłania.
- ☐ Miałem/miałam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/otrzymałam odpowiedzi w sposób dla mnie zrozumiały.
- ☐ Rozumiem, że zabieg nie gwarantuje idealnego ani symetrycznego efektu estetycznego i że może być konieczna dalsza obserwacja, leczenie lub zabieg korekcyjny.
- ☐ Rozumiem, że ostateczny wynik zależy m.in. od mojej anatomii, sposobu gojenia, chorób towarzyszących, stosowanych leków, wieku, jakości skóry oraz przestrzegania zaleceń.
- ☐ Poinformowałem/poinformowałam lekarza o znanych mi chorobach, alergiach, przebytych zabiegach, lekach, suplementach, ciąży lub możliwości ciąży, karmieniu piersią oraz o wszystkich okolicznościach mogących mieć znaczenie dla bezpieczeństwa zabiegu.
- ☐ Rozumiem, że zgoda może zostać przeze mnie wycofana przed rozpoczęciem zabiegu.

14. Zgoda właściwa

Po uzyskaniu informacji oraz po rozmowie z lekarzem wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie u mnie zabiegu: plastyka powiek górnych / blefaroplastyka powiek górnych. Zakres zabiegu obejmuje stronę i elementy zaznaczone w części dotyczącej danych zabiegu. Wyrażam zgodę na wykonanie czynności medycznych niezbędnych do bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu, w tym znieczulenia miejscowego, dezynfekcji pola operacyjnego, wykonania cięć, usunięcia lub modelowania zaplanowanego zakresu tkanek, kontroli krwawienia oraz założenia szwów/opatrunku.

Zakres ewentualnej modyfikacji śródoperacyjnej

Wyrażam zgodę na niezbędną modyfikację techniki w granicach omówionego zabiegu, jeżeli podczas operacji okaże się to konieczne dla bezpieczeństwa lub prawidłowego zakończenia procedury. Zgoda ta nie obejmuje rozszerzenia zabiegu o odrębne procedury estetyczne lub funkcjonalne, które nie zostały wcześniej omówione, chyba że zachodzi nagła konieczność medyczna.

Zabieg dotyczy	☐ prawej powieki górnej ☐ lewej powieki górnej ☐ obu powiek górnych
Zakres potwierdzony przez pacjenta	☐ wycięcie nadmiaru skóry ☐ redukcja mięśnia okrężnego ☐ redukcja/modelowanie tłuszczu ☐ inne:
Znieczulenie	☐ miejscowe ☐ inne / dodatkowe:
Dodatkowe uwagi / ograniczenia	

15. Dokumentacja fotograficzna i dane osobowe

Przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja fotograficzna wykonana przed zabiegiem, w trakcie lub po zabiegu może stanowić część dokumentacji medycznej, jeżeli jest potrzebna do kwalifikacji, planowania, oceny wyniku i bezpieczeństwa leczenia. Publikacja zdjęć w celach edukacyjnych, naukowych, marketingowych lub w mediach społecznościowych wymaga odrębnej, dobrowolnej i możliwej do wycofania zgody pacjenta.

16. Podpisy

Data i podpis pacjenta	Data i podpis lekarza
.....	
Podpis przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy	Podpis i pieczęć / identyfikacja lekarza
.....	

CZĘŚĆ C. KRÓTKA KARTA KONTROLNA PRZED ZABIEGIEM

Poniższa karta może zostać uzupełniona przez personel przed zabiegiem. Nie zastępuje badania i dokumentacji medycznej.

Element	Potwierdzenie / uwagi
Tożsamość pacjenta potwierdzona	☐ tak ☐ nie
Strona zabiegu potwierdzona z pacjentem	☐ prawa ☐ lewa ☐ obustronnie
Aktualne leki i alergie omówione	☐ tak ☐ nie Uwagi:
Leki przeciwwkrzepliwie/przeciw płytkowe omówione	☐ nie dotyczy ☐ tak, postępowanie ustalone:
Brak aktywnej infekcji oka/powiek/skóry	☐ tak ☐ nie
Ciepłota / stan ogólny akceptowalny do zabiegu	☐ tak ☐ nie Uwagi:
Makijaż i soczewki kontaktowe usunięte	☐ tak ☐ nie dotyczy
Zdjęcia medyczne / dokumentacja przedzabiegowa	☐ wykonano ☐ nie dotyczy
Zalecenia pooperacyjne przekazane	☐ tak ☐ nie
Termin kontroli	

17. Skrócona informacja dla pacjenta po zabiegu

- Obrzęk i zasinienie są typowe i zwykle największe w pierwszych dniach po zabiegu.
- Nie masuj i nie uciskaj powiek. Nie usuwaj samodzielnie szwów ani strupków.
- Stosuj leki zgodnie z zaleceniem. Nie stosuj dodatkowych preparatów bez konsultacji.
- Przez okres wskazany przez lekarza unikaj wysiłku, schylania, sauny, basenu, alkoholu i ekspozycji na wysoką temperaturę.
- W razie nagłego pogorszenia widzenia, silnego bólu, szybko narastającego obrzęku, masywnego krwawienia lub duszności skontaktuj się pilnie z lekarzem lub zgłoś się do SOR okulistycznego.

18. Podstawa prawna i uwagi organizacyjne

Wzór opracowano z uwzględnieniem ogólnych wymagań dotyczących prawa pacjenta do informacji i zgody na świadczenie zdrowotne, w szczególności obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji oraz wymogu pisemnej zgody przy zabiegu operacyjnym albo metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko. W praktyce dokument należy dostosować do regulaminu placówki, procedur wewnętrznych, zakresu ubezpieczenia, aktualnych formularzy RODO oraz indywidualnej sytuacji pacjenta.

Akty prawne do weryfikacji przez placówkę: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w szczególności art. 31 i 34; ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności przepisy dotyczące prawa do informacji oraz zgody pacjenta.