

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ZABIEGOWE USUNIĘCIE KĘPEK ŻÓŁTYCH POWIEK /XANTHELASMA PALPEBRARUM/

Cel dokumentu

Dokument ma pomóc w przeprowadzeniu i udokumentowaniu rozmowy z pacjentem przed zabiegowym usunięciem kępek żółtych powiek. Nie zastępuje indywidualnej kwalifikacji lekarskiej, badania okulistycznego ani oceny dermatologicznej/internistycznej. Zakres zabiegu, technika, decyzja o badaniu histopatologicznym, ryzyko i zalecenia należy każdorazowo dostosować do stanu pacjenta, lokalizacji i rozległości zmian, chorób towarzyszących, stosowanych leków oraz oczekiwań pacjenta.

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	kępki żółte powiek / xanthelasma palpebrarum
Planowany zabieg	zabiegowe usunięcie kępek żółtych powiek – zgodnie z kwalifikacją
Strona zabiegu	☐ oko prawe ☐ oko lewe ☐ obustronnie
Lokalizacja	☐ powieka górna ☐ powieka dolna ☐ okolica kąta przyśrodkowego ☐ inne:
Zakres zmian	☐ pojedyncza zmiana ☐ liczne zmiany ☐ zmiany nawrotowe ☐ zmiany rozległe / wymagające etapowania
Planowana technika	☐ wycięcie chirurgiczne ☐ elektrokoagulacja / radiofrekwencja ☐ laser / ablacja ☐ metoda łączona ☐ inne:
Planowane zamknięcie rany	☐ szwy skórne ☐ plasterki / opatrunek ☐ gojenie przez ziarninowanie ☐ do decyzji śródzabiegowej
Badanie histopatologiczne materiału	☐ nie, obraz typowy ☐ tak ☐ do decyzji lekarza przy zmianie nietypowej, nawrotowej lub budzącej wątpliwości
Znieczulenie	☐ miejscowe nasiękowe ☐ miejscowe kroplowe + nasiękowe ☐ inne:
Zabieg łączony z inną procedurą	☐ nie ☐ tak:

CZĘŚĆ A. INFORMACJA DLA PACJENTA

2. Na czym polega problem?

Kępki żółte powiek (xanthelasma palpebrarum) to żółtawe, płaskie lub lekko wyniosłe złogi lipidowe występujące najczęściej w okolicy przyśrodkowej powiek. Zmiany zwykle mają charakter łagodny i najczęściej stanowią problem estetyczny, ale mogą stopniowo się powiększać, łączyć ze sobą, nawracać albo występować po obu stronach.

U części pacjentów kępki żółte mogą współistnieć z zaburzeniami lipidowymi lub innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego. Usunięcie zmiany z powieki nie leczy zaburzeń lipidowych i nie zastępuje kontroli u lekarza rodzinnego, internisty, kardiologa lub diabetologa, jeśli taka ocena jest wskazana.

Ważne

Zabieg usuwa istniejącą zmianę miejscowo, ale nie usuwa skłonności do tworzenia nowych kępek żółtych ani nie gwarantuje braku nawrotu. Przy zmianach licznych, rozległych lub położonych blisko brzegu powieki zabieg może wymagać etapowania.

3. Cel zabiegu

- usunięcie lub zmniejszenie widoczności kępek żółtych powiek;
- poprawa wyglądu okolicy powiek w granicach możliwych dla danej lokalizacji i rozległości zmian;
- zmniejszenie ryzyka dalszego miejscowego powiększania się usuwanej zmiany;
- pobranie materiału do badania histopatologicznego, jeżeli obraz zmiany jest nietypowy albo lekarz uzna to za wskazane;
- uzyskanie możliwie dobrego gojenia rany przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka nadmiernego napięcia skóry powiek.

Ograniczenie efektu estetycznego

Usunięcie kępek żółtych nie jest plastyką powiek, liftingiem brwi, laserowym odmładzaniem skóry ani leczeniem przebarwień. Zabieg może pozostawić bliznę, różnicę koloru skóry, nierówność, wgłębienie albo obszar jaśniejszy/ciemniejszy od otaczającej skóry. Efekt zależy od wielkości zmian, ich głębokości, lokalizacji, jakości skóry, sposobu gojenia oraz skłonności do bliznowacenia.

4. Przebieg zabiegu

1. Lekarz ponownie ocenia zmianę, potwierdza stronę, lokalizację i zakres planowanego usunięcia.
2. Okolica zabiegowa jest oczyszczana i dezynfekowana. W razie potrzeby oko jest zabezpieczane przed podrażnieniem.
3. Stosuje się znieczulenie miejscowe, najczęściej w zastrzyku w okolicę zmiany, czasem poprzedzone kroplami znieczulającymi.
4. Zmiana jest usuwana wybraną techniką: wycięciem chirurgicznym, elektrokoagulacją/radiofrekwencją, laserem/ablacją albo metodą łączoną. Ostateczny zakres może zostać dostosowany do obrazu śródzabiegowego.
5. Rana może być zamknięta szwami, zabezpieczona plasterkami/opatrunkiem albo pozostawiona do gojenia przez ziarninowanie, zależnie od techniki i wielkości ubytku.
6. Jeżeli materiał jest kierowany do badania histopatologicznego, pacjent zostaje poinformowany o sposobie odbioru wyniku i ewentualnej konieczności dalszego leczenia.

W przypadku zmian rozległych lekarz może zaproponować usunięcie etapowe, aby zmniejszyć ryzyko blizny, retrakcji, zaburzenia ustawienia powieki lub nadmiernego napięcia skóry.

5. Możliwe alternatywy

- obserwacja, jeśli zmiany są typowe, nie rosną i nie przeszkadzają pacjentowi;
- odroczenie zabiegu i kontrola profilu lipidowego oraz czynników ryzyka sercowo-naczyniowego;
- leczenie dermatologiczne lub medycyny estetycznej inną metodą, np. laserową, chemiczną, radiofrekwencją lub techniką ablacyjną;
- zabieg etapowy zamiast jednoczesowego usunięcia wszystkich zmian;
- brak leczenia zabiegowego, z akceptacją utrzymywania się lub powiększania zmian.

6. Skutki zaniechania leczenia

- utrzymywanie się zmian i niezadowolenie z wyglądu powiek;
- stopniowe powiększanie się zmian lub pojawianie się nowych ognisk;
- większa trudność usunięcia w przyszłości, zwłaszcza przy zmianach rozległych lub nawrotowych;
- brak weryfikacji histopatologicznej w przypadku zmiany nietypowej, jeśli lekarz taką weryfikację zaleca;
- brak wpływu na ewentualne zaburzenia lipidowe - niezależnie od decyzji o zabiegu pacjent może wymagać diagnostyki ogólnomedycznej.

7. Przeciwwskazania i sytuacje wymagające szczególnej ostrożności

- czynna infekcja skóry powiek, spojówek lub okolicy oka;
- niewyrównana cukrzyca, zaburzenia gojenia, skłonność do bliznowców lub przerostowych blizn;
- stosowanie leków przeciwkrzepliwych/przeciwplatekcyjnych lub zaburzenia krzepnięcia - wymagają indywidualnej oceny, nie należy samodzielnie odstawiać leków;
- ciąża lub karmienie piersią - decyzja zależy od pilności i charakteru zabiegu;
- zmiany bardzo rozległe, blisko punktów łzowych, brzegu powieki albo kąta przyśrodkowego - mogą zwiększać ryzyko deformacji, blizny, łzawienia lub konieczności etapowania;
- nierealistyczne oczekiwania co do braku blizny, idealnej symetrii albo trwałej eliminacji nawrotów.

8. Możliwe powikłania i działania niepożądane

8.1. Powikłania ogólne dla zabiegów powiek

- ból, pieczenie, uczucie ciągnięcia, obrzęk, zasinienie, tkliwość okolicy zabiegowej;
- krwawienie, krwiak, sączenie z rany, przedłużone gojenie;
- zakażenie rany, rozejście brzegów rany, konieczność dodatkowego leczenia lub kontroli;
- reakcja alergiczna lub podrażnieniowa na środek znieczulający, preparaty dezynfekcyjne, maści, plastry lub szwy;
- blizna widoczna, przerostowa, zanikowa, przebarwiona albo twarda;
- asymetria, nierówność, miejscowe wgłębienie lub uwypuklenie tkanek;
- niezadowolający efekt estetyczny, potrzeba korekty lub leczenia uzupełniającego.

8.2. Powikłania szczególne dla usuwania kępek żółtych

- nawrót kępek żółtych w miejscu zabiegu albo pojawienie się nowych zmian w sąsiedztwie;
- niepełne usunięcie zmiany, zwłaszcza gdy jest głęboka, rozległa albo położona bardzo blisko ważnych struktur powieki;
- jaśniejsze lub ciemniejsze zabarwienie skóry po zabiegu, odbarwienie, przebarwienie, rumień albo teleangiektazje;
- widoczna blizna, różnica faktury skóry, miejscowa utrata elastyczności skóry;
- nadmierne napięcie skóry powieki, retrakcja, ektropion/odwinięcie powieki, rzadziej niedomykalność - szczególnie przy rozległych zmianach dolnych powiek;
- zaburzenie kształtu szpary powiekowej lub okolicy kąta przyśrodkowego przy zmianach położonych przyśrodkowo;
- podrażnienie oka, łzawienie, suchość, uczucie ciała obcego, otarcie nabłonka rogówki;
- uszkodzenie lub podrażnienie okolicy punktu/kanalika łzowego przy zmianach położonych blisko kąta przyśrodkowego;
- konieczność leczenia etapowego, korekty blizny lub ponownego zabiegu.

8.3. Ryzyka bardzo rzadkie, ale istotne

- znaczny krwiak powiek lub oczodołu wymagający pilnej oceny lekarskiej;
- zakażenie szerzące się na okolicę oczodołu;
- trwałe zniekształcenie powieki albo przewlekłe dolegliwości powierzchni oka;
- nieoczekiwany wynik histopatologiczny wymagający poszerzenia diagnostyki lub leczenia.

Brak gwarancji trwałości

Pacjent przyjmuje do wiadomości, że nawet prawidłowo wykonany zabieg może nie usunąć wszystkich złogów, może pozostawić widoczny ślad i nie zabezpiecza przed nawrotem. Przyczyną nawrotu mogą być m.in. indywidualne predyspozycje, zaburzenia lipidowe, wiek, jakość skóry i charakter zmian.

9. Znieczulenie miejscowe

Zabieg najczęściej wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Podanie znieczulenia może powodować przejściowe pieczenie, rozpieranie, zasinienie albo obrzęk. Możliwe są również reakcje alergiczne, omdlenie wazowagalne, kołatanie serca, przejściowy wzrost ciśnienia, krwiak w miejscu wkłucia lub niedostateczne znieczulenie wymagające dodatkowego podania leku.

CZĘŚĆ B. PRZYGOTOWANIE I POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU

10. Przygotowanie przed zabiegiem

- w dniu zabiegu nie nakładać makijażu oczu, kremów ani kosmetyków w okolicy powiek;
- poinformować lekarza o wszystkich chorobach, alergiach, skłonności do blizn, przebytych zabiegach powiek oraz lekach i suplementach;
- nie odstawać samodzielnie leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjnych - decyzję należy uzgodnić z lekarzem prowadzącym i operującym;
- zgłosić infekcję, opryszczkę, gorączkę, zapalenie spojówek lub pogorszenie stanu ogólnego;
- rozważyć wykonanie profilu lipidowego lub konsultacji internistycznej, jeśli wcześniej nie oceniano zaburzeń lipidowych albo lekarz to zaleci;
- zaplanować spokojny dzień po zabiegu i unikać prowadzenia samochodu bezpośrednio po procedurze, jeżeli widzenie jest zamazane lub oko jest zabezpieczone opatrunkiem.

11. Zalecenia po zabiegu

- stosować leki, maści, krople lub opatrunki zgodnie z zaleceniem lekarza;
- utrzymywać ranę w czystości, nie pocierać i nie zdrapywać strupków;

- przez kilka dni ograniczyć wysiłek fizyczny, pochylanie głowy, saunę, basen, gorące kąpiele i alkohol;
- unikać makijażu okolicy zabiegowej do czasu zagojenia rany i zgody lekarza;
- chronić ranę przed słońcem; po wygojeniu stosować fotoprotekcję, aby zmniejszyć ryzyko przebarwień;
- zgłosić się na kontrolę i zdjęcie szwów, jeśli zostały założone, w terminie wyznaczonym przez lekarza;
- jeżeli materiał wysłano do badania histopatologicznego, odebrać wynik i zgłosić się z nim do omówienia.

12. Objawy alarmowe wymagające pilnego kontaktu z lekarzem

- silny, narastający ból oka lub powieki, którego nie łagodzą zalecone leki;
- pogorszenie widzenia, podwójne widzenie, silne światłowstręt lub narastające zaczerwienienie oka;
- duży, szybko narastający obrzęk lub krwiak powiek;
- ropna wydzielina, gorączka, narastające zaczerwienienie skóry, rozchodzenie się rany;
- niedomykanie oka, nasilona suchość, uczucie drapania albo podejrzenie otarcia rogówki;
- reakcja alergiczna: pokrzywka, duszność, obrzęk twarzy lub gardła.

CZĘŚĆ C. ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

13. Oświadczenia pacjenta

- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o rozpoznaniu, celu, zakresie i sposobie wykonania zabiegu usunięcia kępek żółtych powiek.
- ☐ Rozumiem, że kępki żółte mogą nawracać lub pojawiać się w innych miejscach, a zabieg nie leczy zaburzeń lipidowych ani nie eliminuje predyspozycji do ich powstawania.
- ☐ Rozumiem, że efekt estetyczny nie jest gwarantowany i może pozostać blizna, odbarwienie, przebarwienie, nierówność skóry lub asymetria.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o możliwych alternatywach, w tym obserwacji, leczeniu etapowym lub innych metodach zabiegowych.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach, w tym o ryzyku nawrotu, niepełnego usunięcia, zaburzeń gojenia, blizny, przebarwień, retrakcji lub odwinięcia powieki.
- ☐ Poinformowałem/am lekarza o chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach, suplementach, lekach przeciwpłytkowych/przeciwkrzepliwych, ciąży lub karmieniu piersią oraz wcześniejszych zabiegach w okolicy powiek.
- ☐ Miałem/am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/am odpowiedzi w sposób dla mnie zrozumiały.
- ☐ Rozumiem, że mogę wycofać zgodę przed rozpoczęciem zabiegu.

Indywidualne informacje / dodatkowe ustalenia

.....

14. Zakres zgody

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegowego usunięcia kępek żółtych powiek w zakresie ustalonym podczas kwalifikacji i opisanym w niniejszym dokumencie.

- ☐ Strona: ☐ oko prawe ☐ oko lewe ☐ obustronnie
- ☐ Lokalizacja: ☐ powieka górna ☐ powieka dolna ☐ okolica kąta przyśrodkowego ☐ inne:
- ☐ Technika: ☐ wycięcie chirurgiczne ☐ elektrokoagulacja / RF ☐ laser / ablacja ☐ metoda łączona ☐ inne:
- ☐ Zamknięcie rany: ☐ szwy ☐ plasterki/opatrunek ☐ gojenie przez ziarninowanie ☐ do decyzji lekarza
- ☐ Badanie histopatologiczne: ☐ wyrażam zgodę, jeśli lekarz uzna za wskazane ☐ nie dotyczy / obraz typowy ☐ inne ustalenia:
- ☐ Wyrażam zgodę na rozszerzenie lub modyfikację zakresu w granicach niezbędnych dla bezpieczeństwa, prawidłowego zaopatrzenia rany lub pobrania materiału do badania, jeżeli okaże się to konieczne w trakcie zabiegu.
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że przy zmianach rozległych lekarz może ograniczyć zakres jednoczasowego usunięcia i zaproponować leczenie etapowe.

15. Dokumentacja fotograficzna

- ☐ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej do dokumentacji medycznej, w celu kwalifikacji, planowania zabiegu i oceny wyniku leczenia.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a, że wykorzystanie zdjęć do celów edukacyjnych, naukowych, publikacyjnych lub marketingowych wymaga osobnej zgody.

16. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przekazałem/am pacjentowi przystępną informację o rozpoznaniu, celu i przebiegu zabiegu, możliwych alternatywach, przewidywanych następstwach, ryzykach, powikłaniach, ograniczeniach efektu, możliwości nawrotu oraz skutkach zaniechania leczenia. Pacjent miał możliwość zadawania pytań i uzyskał odpowiedzi.

Data	Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego	Podpis i pieczęć lekarza

CZĘŚĆ D. KARTA KONTROLNA PRZED ZABIEGIEM

- ☐ Potwierdzono tożsamość pacjenta oraz stronę i lokalizację zabiegu.
- ☐ Omówiono zakres zmian: pojedyncze / liczne / nawrotowe / rozległe / wymagające etapowania.
- ☐ Omówiono technikę zabiegu i sposób zamknięcia rany.
- ☐ Omówiono możliwość nawrotu oraz brak gwarancji całkowitego i trwałego efektu.
- ☐ Omówiono ryzyko blizny, odbarwień/przebarwień, asymetrii i nierówności skóry.
- ☐ Omówiono ryzyko retrakcji, odwinięcia powieki lub nadmiernego napięcia skóry przy zmianach rozległych.
- ☐ Zebrano informację o lekach przeciwkrzepliwych/przeciwpłytkowych, alergiach, cukrzycy i zaburzeniach gojenia.
- ☐ Omówiono potrzebę kontroli lipidów / czynników ryzyka ogólnomedycznego, jeśli dotyczy.
- ☐ Podjęto decyzję dotyczącą badania histopatologicznego lub wskazano kryteria jego wykonania.
- ☐ Wydano zalecenia pozabiegowe i ustalono termin kontroli / zdjęcia szwów, jeśli dotyczy.

Miejsce na opis zabiegu / szkic lokalizacji zmian

Uwaga organizacyjna: Wzór należy dostosować do regulaminu placówki, stosowanej techniki, rzeczywistego zakresu zabiegu, używanych leków, zasad kierowania materiału do badania histopatologicznego oraz indywidualnych czynników ryzyka pacjenta. Zgoda powinna być poprzedzona rozmową lekarską i nie powinna być traktowana jako samodzielny substytut kwalifikacji medycznej.