

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ZABIEGOWE USUNIĘCIE ZMIANY POWIEKI

Cel dokumentu

Dokument ma pomóc w przeprowadzeniu i udokumentowaniu rozmowy z pacjentem przed zabiegowym usunięciem zmiany powieki. Nie zastępuje indywidualnej kwalifikacji lekarskiej, badania okulistycznego ani oceny charakteru zmiany. Zakres zabiegu, technika, decyzja o badaniu histopatologicznym, ryzyko i zalecenia należy każdorazowo dostosować do stanu pacjenta, lokalizacji zmiany, podejrzenia klinicznego, chorób towarzyszących 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	zmiana powieki / zmiana guzowata powieki / zmiana skórna okolicy powieki
Planowany zabieg	zabiegowe usunięcie zmiany powieki / biopsja wycinająca / biopsja częściowa / elektrokoagulacja – zgodnie z kwalifikacją
Strona zabiegu	☐ oko prawe ☐ oko lewe ☐ obustronnie
Lokalizacja	☐ powieka górna ☐ powieka dolna ☐ brzeg powieki ☐ okolica kąta przyśrodkowego ☐ okolica kąta bocznego ☐ inne:
Charakter zmiany wg oceny klinicznej	☐ łagodna ☐ podejrzana / wymagająca weryfikacji ☐ nawrotowa ☐ krwawiąca / niegojąca się ☐ z utratą rzęs / deformacją brzegu powieki
Planowana technika	☐ wycięcie chirurgiczne ☐ biopsja wycinająca ☐ biopsja częściowa ☐ elektrokoagulacja ☐ tyżeczowanie / inne:
Planowane zamknięcie rany	☐ szwy skórne ☐ gojenie przez ziarninowanie ☐ opatrunek / plasterki ☐ możliwa rekonstrukcja miejscowa w razie potrzeby
Badanie histopatologiczne materiału	☐ tak ☐ nie ☐ do decyzji lekarza zależnie od obrazu klinicznego i zakresu usunięcia
Znieczulenie	☐ miejscowe nasiękowe ☐ miejscowe kroplowe + nasiękowe ☐ inne:
Zabieg łączony z inną procedurą	☐ nie ☐ tak:

CZĘŚĆ A. INFORMACJA DLA PACJENTA

2. Na czym polega problem?

Zmiana powieki może mieć charakter łagodny, zapalny, torbielowaty, brodawkowaty, barwnikowy, pourazowy lub nowotworowy. W wielu przypadkach zmiany powieki są niegroźne, ale część zmian wymaga usunięcia, biopsji albo badania histopatologicznego, zwłaszcza gdy zmiana rośnie, nawraca, krwawi, owrzodzia się, powoduje utratę rzęs, zniekształca brzeg powieki lub ma nietypowy wygląd.

Ostateczne rozpoznanie charakteru zmiany może wymagać badania histopatologicznego. Ocena kliniczna przed zabiegiem zmniejsza ryzyko przeoczenia zmiany podejranej, ale nie zawsze pozwala ze stuprocentową pewnością określić jej charakter.

3. Cel zabiegu

- usunięcie zmiany powieki lub pobranie materiału do badania histopatologicznego;
- zmniejszenie dolegliwości takich jak drażnienie, krwawienie, zahaczanie, dyskomfort, uczucie ciała obcego lub problem kosmetyczny;

- uzyskanie rozpoznania histopatologicznego, jeśli lekarz uzna to za wskazane;
- zmniejszenie ryzyka dalszego wzrostu, drażnienia powierzchni oka albo uszkodzenia brzegu powieki;
- poprawa wyglądu okolicy powieki w granicach możliwych dla danej lokalizacji, wielkości zmiany i sposobu gojenia.

Ważne ograniczenie efektu

Usunięcie zmiany powieki nie jest zabiegiem odmładzającym powiekę i nie zastępuje plastyki powiek, liftingu brwi ani leczenia chorób skóry. Efekt estetyczny zależy od wielkości, głębokości i lokalizacji zmiany, sposobu gojenia, skłonności do bliznowacenia oraz ewentualnej konieczności poszerzenia zabiegu po wyniku histopatologicznym.

4. Przebieg zabiegu

1. Lekarz ponownie ocenia zmianę, potwierdza stronę, lokalizację i zakres planowanego zabiegu.
2. Okolica zabiegowa jest dezynfekowana. W razie potrzeby stosuje się znieczulenie miejscowe w kroplach i/lub w zastrzyku w okolicę zmiany.
3. Zmiana jest usuwana wybraną techniką: wycięciem chirurgicznym, biopsją wycinającą, biopsją częściową, elektrokoagulacją, łyżeczkowaniem albo metodą łączoną.
4. W zależności od lokalizacji i wielkości zmiany rana może być zaopatrzona szwami, plasterkami, opatrunkiem albo pozostawiona do gojenia przez ziarninowanie.
5. Materiał może zostać wysłany do badania histopatologicznego, jeśli wynika to z kwalifikacji lekarskiej, obrazu klinicznego, nawrotowego charakteru zmiany albo decyzji lekarza i pacjenta.
6. Po zabiegu pacjent otrzymuje zalecenia dotyczące higieny, leków miejscowych, chłodzenia, kontroli oraz objawów alarmowych.

Zakres zabiegu może zostać zmodyfikowany w trakcie procedury, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo pacjenta, warunki anatomiczne, krwawienie, głębokość zmiany albo podejrzenie kliniczne.

5. Możliwe techniki do zaznaczenia

- ☐ Wycięcie chirurgiczne zmiany w całości.
- ☐ Biopsja wycinająca – usunięcie całej zmiany z zamiarem diagnostycznym i leczniczym.
- ☐ Biopsja częściowa – pobranie fragmentu zmiany do rozpoznania, gdy całkowite usunięcie nie jest wskazane na tym etapie.
- ☐ Elektrokoagulacja / koagulacja podstawy zmiany.
- ☐ Usunięcie zmiany z brzegu powieki, z możliwym wpływem na linię rzęs i kształt brzegu powieki.
- ☐ Rekonstrukcja miejscowa / korekta brzegu powieki, jeżeli będzie konieczna dla prawidłowego zamknięcia rany.

6. Realistyczne oczekiwania

- Po zabiegu może pozostać blizna, przebarwienie, odbarwienie, nierówność skóry lub niewielka asymetria.
- W pierwszych dniach typowe są obrzęk, zaczerwienienie, tkliwość, zasinienie, łzawienie, uczucie ciała obcego albo przejściowe pogorszenie komfortu oka.
- Nie każdą zmianę można usunąć bez widocznego śladu, zwłaszcza przy zmianach dużych, głębokich, zlokalizowanych na brzegu powieki lub w okolicy punktów łzowych.
- Przy zmianach złośliwych lub podejrzanych wynik histopatologiczny może wymagać poszerzenia wycięcia, dodatkowego leczenia, konsultacji dermatologicznej, onkologicznej albo okuoplastycznej.
- Zmiana może nawrócić albo w tej samej okolicy mogą pojawić się nowe zmiany, zwłaszcza gdy istnieje predyspozycja skórna lub choroba podstawowa.

CZĘŚĆ B. INFORMACJA MEDYCZNO-PRAWNA

7. Alternatywne metody postępowania

- obserwacja i dokumentacja fotograficzna zmiany, jeżeli zmiana nie budzi podejrzeń i nie powoduje dolegliwości;
- leczenie zachowawcze, jeżeli charakter zmiany jest zapalny lub infekcyjny;
- kontrola dermatologiczna, dermatoskopowa, onkologiczna albo okuoplastyczna;
- biopsja częściowa zamiast całkowitego usunięcia, gdy pełne wycięcie mogłoby wymagać większej rekonstrukcji;
- wycięcie chirurgiczne w szerszym zakresie albo w warunkach sali operacyjnej, jeśli zmiana jest duża, głęboka, podejrzana lub zlokalizowana w trudnym miejscu;
- laser, krioterapia, elektrokoagulacja albo inne metody dermatologiczne – zależnie od rodzaju zmiany i dostępności metody;
- odroczenie zabiegu, jeżeli istnieją przeciwwskazania czasowe.

8. Możliwe skutki zaniechania leczenia

- dalsze powiększanie się zmiany, drażnienie oka, krwawienie, stan zapalny albo dyskomfort;
- nawracające podrażnienie rogówki lub spojówki, jeśli zmiana dotyka powierzchni oka;
- zniekształcenie brzegu powieki, utrata rzęs, zaburzenie filmu łzowego albo łzawienie;
- opóźnienie rozpoznania zmiany przednowotworowej lub nowotworowej;
- konieczność późniejszego, bardziej rozległego zabiegu, jeżeli zmiana będzie rosła lub ulegnie powikłaniom.

9. Przeciwwskazania i sytuacje wymagające szczególnej ostrożności

- aktywna infekcja skóry, spojówek lub brzegów powiek w okolicy zabiegu;
- nieuregulowane nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia krzepnięcia lub skłonność do krwawień;
- stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjnych bez omówienia z lekarzem prowadzącym;
- uczulenie na leki znieczulające, jod, środki dezynfekcyjne, antybiotyki, plastry lub lateks;
- ciąża, karmienie piersią albo ciężka choroba ogólna – wymagają indywidualnej kwalifikacji;
- skłonność do bliznowców, nieprawidłowego gojenia lub przebarwień;
- zmiana w okolicy punktów łzowych, kanalików łzowych, kąta przyśrodkowego oka lub brzegu powieki – większe ryzyko zaburzeń anatomicznych i funkcjonalnych;
- podejrzenie zmiany złośliwej – może wymagać innego planu leczenia, szerszego marginesu, biopsji albo leczenia w ośrodku referencyjnym.

10. Możliwe powikłania i następstwa

Powikłania ogólne dla drobnych zabiegów powiekowych

- ból, pieczenie, tkliwość, uczucie napięcia lub ciała obcego;
- obrzęk, zasinienie, krwawk, krwawienie lub sączenie z rany;
- zakażenie rany, stan zapalny, ropienie, gorączka;
- rozejście się rany, opóźnione gojenie, konieczność ponownego zaopatrzenia rany;
- reakcja alergiczna lub podrażnieniowa na leki, środki dezynfekcyjne, opatrunek, plaster albo szwy;
- blizna, przebarwienie, odbarwienie, zgrubienie, nierówność skóry lub bliznowiec;
- niezadowalający efekt estetyczny, asymetria, nierówność konturu powieki;
- konieczność dodatkowego leczenia, kontroli, usunięcia szwów, powtórzenia zabiegu albo korekty.

Powikłania specyficzne dla usunięcia zmiany powieki

- niepełne usunięcie zmiany, pozostawienie fragmentu zmiany albo konieczność poszerzenia wycięcia po wyniku histopatologicznym;
- nawrót zmiany lub pojawienie się nowych zmian w tej samej okolicy;
- utrata części rzęs, zaburzenie linii rzęs, ząbkowanie lub nierówność brzegu powieki;
- zaciągnięcie skóry, retrakcja, podwinięcie lub odwinięcie powieki, zwłaszcza przy większych zmianach i bliznowaceniu;
- przejściowe lub utrwalone łzawienie, suchość oka, podrażnienie spojówki lub rogówki;
- otarcie rogówki, zadrapanie powierzchni oka, nadwrażliwość na światło;
- uszkodzenie lub zwężenie punktu/kanalika łzowego przy zmianach położonych przyśrodkowo;
- zaburzenia czucia skóry w okolicy zabiegu, drętwienie, mrowienie lub nadwrażliwość;
- przy zmianach barwnikowych lub podejrzanym – możliwość rozpoznania choroby nowotworowej i konieczność dalszej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego;
- bardzo rzadko: ciężkie zakażenie, istotne krwawienie, pogorszenie widzenia wynikające z powikłań okołooocznych wymagających pilnej interwencji.

Histopatologia

Jeżeli materiał zostanie wysłany do badania histopatologicznego, wynik może potwierdzić zmianę łagodną, zmianę przednowotworową albo nowotworową. W takim przypadku dalsze postępowanie zależy od wyniku, marginesów wycięcia i oceny lekarza. Może być konieczne poszerzenie zabiegu, ponowne wycięcie, leczenie rekonstrukcyjne, konsultacja dermatologiczna, onkologiczna albo okuoplastyczna.

11. Znieczulenie

Zabieg najczęściej wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie może powodować krótkotrwałe pieczenie, rozpieranie, zblednięcie skóry, kołatanie serca, zawroty głowy, omdlenie wazowagalne, krwawk po wkłuciu lub reakcję alergiczną. Bardzo rzadko

możliwe są ciężkie reakcje uczuleniowe. Pacjent powinien poinformować lekarza o wszystkich wcześniejszych reakcjach alergicznych i nietypowych reakcjach na znieczulenie.

CZĘŚĆ C. PRZYGOTOWANIE I ZALECENIA

12. Przygotowanie przed zabiegiem

- w dniu zabiegu nie nakładać makijażu oczu, kremów w okolicy powiek ani soczewek kontaktowych;
- poinformować lekarza o wszystkich chorobach, alergiach, lekach, suplementach i preparatach ziołowych;
- nie odstawiać samodzielnie leków przeciwkrzepliwych ani przeciwplatekcyjnych – decyzja wymaga uzgodnienia z lekarzem prowadzącym;
- zgłosić infekcję, opryszczkę, gorączkę, stan zapalny oka lub skóry przed zabiegiem;
- w razie zabiegu w okolicy oka rozważyć przyjsię z osobą towarzyszącą, szczególnie jeśli po zabiegu będzie założony opatrunek;
- zabrać dokumentację medyczną dotyczącą wcześniejszych zabiegów, nowotworów skóry, wyników histopatologicznych albo leczenia okulistycznego.

13. Zalecenia po zabiegu

- stosować zalecone krople, maści, antybiotyk lub leki przeciwbólowe zgodnie z zaleceniem lekarza;
- utrzymywać ranę w czystości; nie trzeć i nie zdrapywać strupków;
- przez pierwsze 24–48 godzin można stosować chłodne okłady zgodnie z zaleceniem lekarza, bez uciskania gałki ocznej;
- unikać wysiłku fizycznego, sauny, basenu, solarium, alkoholu i intensywnego pochylania głowy przez czas zalecony przez lekarza;
- nie stosować makijażu w okolicy rany do czasu uzyskania zgody lekarza;
- chronić ranę przed słońcem; po zagojeniu stosować fotoprotekcję, aby ograniczyć przebarwienia blizny;
- zgłosić się na kontrolę i zdjęcie szwów w terminie wskazanym przez lekarza, zwykle po kilku dniach w zależności od lokalizacji i rodzaju szwów;
- odebrać i omówić wynik histopatologiczny, jeżeli materiał został wysłany do badania.

14. Objawy alarmowe wymagające pilnego kontaktu z lekarzem

- narastający silny ból oka lub powieki, którego nie łagodzą zalecone leki;
- nagłe pogorszenie widzenia, mroczki, podwójne widzenie lub silny światłowstręt;
- obfite krwawienie, szybko narastający krwiak lub znaczne napięcie powieki;
- narastające zaczerwienienie, ropna wydzielina, gorączka, dreszcze;
- silna reakcja alergiczna: duszność, obrzęk twarzy, pokrzywka, omdlenie;
- rozejście rany, odsłonięcie głębszych tkanek, znaczna asymetria brzegu powieki lub nasilone łzawienie po zabiegu.

CZĘŚĆ D. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

15. Oświadczenia pacjenta

- ☐ Oświadczam, że lekarz wyjaśnił mi rozpoznanie, wskazania do zabiegu, możliwe metody leczenia, alternatywy, możliwe następstwa zastosowania i zaniechania leczenia oraz rokowanie.
- ☐ Oświadczam, że miałem/miałam możliwość zadawania pytań i uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe odpowiedzi.
- ☐ Rozumiem, że usunięcie zmiany powieki może pozostawić bliznę, przebarwienie, nierówność, asymetrię lub zmianę konturu powieki.
- ☐ Rozumiem, że zmiana może wymagać badania histopatologicznego, a wynik może skutkować koniecznością dalszej diagnostyki lub leczenia, w tym poszerzenia wycięcia.
- ☐ Rozumiem, że nie można zagwarantować całkowitego usunięcia zmiany, braku nawrotu, idealnego efektu estetycznego ani braku konieczności kolejnego zabiegu.
- ☐ Poinformowałem/poinformowałam lekarza o wszystkich chorobach, alergiach, przyjmowanych lekach, suplementach, skłonności do krwawień i wcześniejszych problemach z gojeniem.
- ☐ Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń po zabiegu oraz do zgłoszenia się na kontrolę, w tym omówienia wyniku histopatologicznego, jeżeli będzie wykonany.

16. Zgoda właściwa

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegowego usunięcia zmiany powieki / biopsji zmiany powieki zgodnie z kwalifikacją lekarską i zakresem opisanym w niniejszym dokumencie.

- ☐ Zgoda dotyczy: ☐ oka prawego ☐ oka lewego ☐ obu oczu.
- ☐ Lokalizacja zmiany:
- ☐ Planowana technika: ☐ wycięcie chirurgiczne ☐ biopsja wycinająca ☐ biopsja częściowa ☐ elektrokoagulacja ☐ inna:
- ☐ Zgadzam się na miejscowe znieczulenie niezbędne do wykonania zabiegu.
- ☐ Zgadzam się na założenie szwów, opatrunku oraz modyfikację techniki w zakresie koniecznym dla bezpieczeństwa i prawidłowego zaopatrzenia rany.
- ☐ Zgadzam się na przekazanie materiału do badania histopatologicznego, jeżeli lekarz uzna to za wskazane albo jeżeli zostało to ustalone przed zabiegiem.
- ☐ Rozumiem, że mogę wycofać zgodę przed rozpoczęciem zabiegu.

Nie wyrażam zgody / ograniczenia zgody / dodatkowe uwagi pacjenta:

.....

.....

17. Zgoda na dokumentację fotograficzną do dokumentacji medycznej

Dokumentacja fotograficzna może być wykonana wyłącznie w celu dokumentacji medycznej, kwalifikacji, porównania wyniku leczenia i kontroli gojenia. Zgoda na wykorzystanie zdjęć do celów edukacyjnych, naukowych, marketingowych lub publikacyjnych wymaga odrębnej zgody.

- ☐ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej do dokumentacji medycznej.
- ☐ Nie wyrażam zgody na wykonanie dokumentacji fotograficznej, poza sytuacjami wymaganymi dla bezpieczeństwa i dokumentacji leczenia.

Podpisy:

Data	Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego	Podpis i pieczęć lekarza

W przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody należy uzupełnić dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna oraz postępować zgodnie z obowiązującymi przepisami. W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, należy uwzględnić także jego stanowisko zgodnie z przepisami.

18. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przekazałem/przekazałam pacjentowi w sposób przystępny informacje dotyczące rozpoznania, proponowanego zabiegu, możliwych metod postępowania, przewidywanych następstw, możliwych powikłań, skutków zaniechania leczenia oraz zaleceń po zabiegu. Pacjent miał możliwość zadawania pytań.

Uwagi lekarza / indywidualne ryzyko / zalecenia szczególne:

.....

.....

.....

CZĘŚĆ E. KARTA KONTROLNA PRZED ZABIEGIEM

Element	Tak/Nie	Uwagi
Potwierdzono tożsamość pacjenta.	☐ tak ☐ nie	
Potwierdzono stronę i lokalizację zmiany.	☐ tak ☐ nie	
Wykonano / omówiono dokumentację fotograficzną, jeśli wskazana.	☐ tak ☐ nie	

Omówiono możliwość badania histopatologicznego i dalszego leczenia po wyniku.	☐ tak ☐ nie	
Wykluczono aktywną infekcję okolicy zabiegowej.	☐ tak ☐ nie	
Omówiono leki przeciwkrzepliwe/przeciw płytkowe i ryzyko krwawienia.	☐ tak ☐ nie	
Omówiono alergie, wcześniejsze reakcje na znieczulenie i środki dezynfekcyjne.	☐ tak ☐ nie	
Pacjent otrzymał zalecenia po zabiegu oraz informację o objawach alarmowych.	☐ tak ☐ nie	
Ustalono termin kontroli / zdjęcia szwów / omówienia wyniku histopatologicznego.	☐ tak ☐ nie	

Uwaga organizacyjna

Ten wzór powinien zostać dostosowany do regulaminu placówki, zakresu wykonywanych procedur, sposobu przekazywania materiału do histopatologii, stosowanych preparatów, systemu EDM oraz indywidualnej kwalifikacji pacjenta.