

WYWIAD PRZEDOPERACYJNY

plastyka powiek górnych i/lub dolnych

Formularz do dokumentacji medycznej i kwalifikacji zabiegowej

Formularz uzupełnia wywiad lekarski, badanie okulistyczne i rozmowę kwalifikacyjną. Pacjent powinien odpowiedzieć zgodnie z prawdą. W razie wątpliwości należy omówić odpowiedź z lekarzem przed zabiegiem.

1. Dane pacjenta i zakres planowanego zabiegu

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL / data urodzenia	
Telefon / e-mail	
Data wypełnienia	
Lekarz kwalifikujący / wykonujący zabieg	
Planowany zabieg	☐ plastyka powiek górnych ☐ plastyka powiek dolnych ☐ zabieg łączony
Strona zabiegu	☐ prawa ☐ lewa ☐ obustronnie
Charakter wskazań	☐ funkcjonalny ☐ estetyczny ☐ funkcjonalno-estetyczny

2. Główny powód zgłoszenia się na zabieg

☐ nadmiar skóry powiek górnych / uczucie ciężkości powiek	☐ ograniczenie pola widzenia lub unoszenie brwi/czoła w celu lepszego widzenia
☐ opadanie powieki / podejrzenie ptozy	☐ asymetria powiek lub brwi
☐ worki pod oczami / przepukliny tłuszczowe powiek dolnych	☐ nadmiar skóry lub zmarszczki powiek dolnych
☐ zagłębienie doliny łez / nierówny kontur podoczołowy	☐ obrzęki, festoons / malar bags
☐ łzawienie, suchość, podrażnienie oczu	☐ inny powód:

Od kiedy występuje problem i czy się nasila?

.....

Najważniejsze oczekiwania pacjenta wobec zabiegu:

.....

.....

3. Wywiad okulistyczny

3.1. Choroby oczu i wcześniejsze leczenie okulistyczne

☐ zespół suchego oka / MGD / zapalenie brzegów powiek	☐ alergiczne zapalenie spojówek
☐ nawracające zapalenia spojówek lub rogówki	☐ jaskra / nadciśnienie oczne
☐ choroby rogówki	☐ choroby siatkówki lub nerwu wzrokowego
☐ cukrzycowa choroba oczu	☐ choroby tarczycy oczu / orbitopatia tarczycowa / wytrzeszcz
☐ zez, podwójne widzenie, zaburzenia ruchomości oczu	☐ uraz oka lub oczodołu
☐ przebyte operacje oczu lub powiek	☐ brak chorób okulistycznych

Szczegóły, rozpoznania, daty, obecne leczenie okulistyczne:

.....

.....

3.2. Aktualne objawy ze strony oczu

☐ suchość oczu	☐ pieczenie / kłucie / uczucie piasku
☐ nadmierne łzawienie	☐ zaczerwienienie oczu
☐ światłowstręt	☐ ból oka

☐ pogorszenie ostrości widzenia	☐ podwójne widzenie
☐ niedomykanie powiek w dzień lub w nocy	☐ poranne sklejanie powiek / wydzielina
☐ nietolerancja soczewek kontaktowych	☐ brak dolegliwości

Stosowane krople/maści do oczu, częstotliwość stosowania:

.....

Czy pacjent używa soczewek kontaktowych? ☐ nie ☐ tak, jakie i jak często:

4. Wcześniejsze zabiegi w obrębie twarzy, oczu i powiek

☐ plastyka powiek górnych	☐ plastyka powiek dolnych
☐ operacja ptozy	☐ browpexy / direct brow lift / lifting brwi
☐ canthopexy / canthoplasty / LTS	☐ laser / resurfacing / peelingi w okolicy powiek
☐ toksyna botulinowa	☐ wypełniacze, szczególnie okolica doliny łez / policzka
☐ nici liftingujące	☐ zabiegi stomatologiczne/implantologiczne z obręczkami twarzy
☐ uraz twarzy, nosa, oczodołu	☐ brak wcześniejszych zabiegów w tej okolicy

Szczegóły, daty, preparaty, powikłania, niezadowolające efekty:

.....

.....

5. Wywiad ogólnomedyczny

5.1. Choroby przewlekłe

☐ nadciśnienie tętnicze	☐ choroba serca / zaburzenia rytmu / niewydolność krążenia
☐ cukrzyca / insulinooporność	☐ choroby tarczycy: nadczynność / niedoczynność / choroba Gravesa-Basedowa
☐ choroby autoimmunologiczne / reumatologiczne	☐ choroby nerek
☐ choroby wątroby	☐ choroby neurologiczne, w tym miastenia
☐ padaczka	☐ astma / POChP / bezdech senny
☐ choroba nowotworowa obecnie lub w przeszłości	☐ zaburzenia krzepnięcia / skłonność do krwawień lub siniaków
☐ skłonność do bliznowców / przerostu blizn	☐ zaburzenia gojenia ran
☐ nawracające infekcje / obniżona odporność	☐ brak chorób przewlekłych

Inne choroby, hospitalizacje, przebyte operacje, istotne informacje:

.....

.....

5.2. Ciąża, karmienie piersią, planowane zabiegi

☐ nie dotyczy	☐ ciąża
☐ karmienie piersią	☐ podejrzenie ciąży
☐ planowany inny zabieg/operacja w najbliższych tygodniach	☐ przebyta infekcja w ostatnich 2 tygodniach

Uwagi:

6. Leki, suplementy i alergie

6.1. Aktualnie stosowane leki

- ☐ leki przeciwkrzepliwe: warfaryna, acenokumarol, dabigatran, rywaroksaban, apiksaban, edoksaban
- ☐ leki przeciwplatekcyjne: kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel, tikagrelor, prasugrel
- ☐ NLPZ / leki przeciwbólowe: ibuprofen, ketoprofen, naproksen, diklofenak, aspiryna
- ☐ sterydy doustne lub miejscowe
- ☐ leki na nadciśnienie
- ☐ leki na cukrzycę / insulinę / GLP-1
- ☐ leki na tarczycę
- ☐ leki psychiatryczne lub neurologiczne

- ☐ izotretynoina / retinoidy
- ☐ hormony / terapia zastępcza
- ☐ antybiotyki lub leki przeciwwirusowe
- ☐ brak stałych leków

Pełna lista leków z dawkami:

.....

6.2. Suplementy i preparaty mogące zwiększać krwawienie

☐ omega-3 / tran	☐ witamina E
☐ miłorząb japoński / ginkgo biloba	☐ czosnek w kapsułkach
☐ żeń-szeń	☐ kurkuma / imbir w dużych dawkach
☐ dziurawiec	☐ inne suplementy:
☐ brak suplementów	

6.3. Alergie i nietolerancje

☐ brak znanych alergii	☐ uczulenie na leki znieczulenia miejscowego
☐ uczulenie na antybiotyki	☐ uczulenie na jod/octenidynę/chlorheksydynę
☐ uczulenie na lateks	☐ uczulenie na plastry/opatrunki
☐ reakcje anafilaktyczne w przeszłości	☐ inne alergie

Jakie alergie i jakie objawy występowały?

.....

7. Krwawienie, gojenie, infekcje, styl życia

☐ łatwe powstawanie siniaków	☐ przedłużone krwawienie po zabiegach, ekstrakcjach zębów lub skaleczeniach
☐ krwawienia z nosa	☐ krwawienia z przewodu pokarmowego
☐ zakrzepica / zatorowość w przeszłości	☐ zakażenie skóry, opryszczka, stan zapalny w okolicy oczu/twarzy
☐ trądzik różowaty / aktywne choroby skóry twarzy	☐ palenie papierosów / e-papierosy / nikotyna
☐ częste spożywanie alkoholu	☐ intensywny wysiłek fizyczny / sauna / basen w najbliższym czasie
☐ brak powyższych problemów	

Szczegóły:

8. Pytania szczególne przed plastyką powiek dolnych

- ☐ częste obrzęki pod oczami rano
- ☐ obrzęki nasilają się po alkoholu, soli, niewyspaniu lub alergii
- ☐ malar bags / festoons / obrzęki policzkowo-podoczodołowe
- ☐ przebyte wypełniacze w dolinie łez lub policzkach
- ☐ skłonność do limfatycznych obrzęków twarzy
- ☐ wiotkość powiek dolnych / odstawanie powieki od oka
- ☐ odwijanie powieki dolnej / ektropion w przeszłości
- ☐ uczucie suchości nasilone po przebudzeniu
- ☐ wcześniejsze problemy z rogówką po zabiegach
- ☐ pacjent rozumie, że cienie/barwa skóry i festoons mogą nie ustąpić po blefaroplastyce
- ☐ nie dotyczy - planowana wyłącznie plastyka powiek górnych

Uwagi:

9. Oczekiwania pacjenta i omówienie ograniczeń zabiegu

Najbardziej przeszkadza mi:

.....

Efekt, którego oczekuję po zabiegu:

.....
Czy pacjent był poinformowany, że wynik zabiegu zależy od anatomii, jakości skóry, pozycji brwi, ptozy, stanu powierzchni oka, gojenia i bliznowacenia? ☐ tak ☐ nie

Czy pacjent rozumie, że plastyka powiek górnych nie zastępuje liftingu brwi/czoła ani operacji ptozy, a plastyka powiek dolnych nie zawsze usuwa cienie, przebarwienia, festoons/malar bags i obrzęki? ☐ tak ☐ nie

Czy wykonano/omówiono dokumentację fotograficzną? ☐ tak ☐ nie

10. Część do wypełnienia przez lekarza - badanie i kwalifikacja

10.1. Badanie okulistyczne i powiekowe

Ostrość wzroku / istotne uwagi okulistyczne	
Powierzchnia oka: rogówka, spojówki, film łzowy	☐ prawidłowa ☐ nieprawidłowa:
Zespół suchego oka / MGD / blepharitis	☐ nie ☐ tak / ryzyko:
Domykanie powiek / lagophthalmos / objaw Bella	☐ prawidłowe ☐ nieprawidłowe:
Pozycja brwi	☐ prawidłowa ☐ opadanie brwi ☐ asymetria:
Ptoza powieki / MRD1 / funkcja dźwigacza	☐ brak ptozy ☐ podejrzenie/obecna ptoza:
Nadmiar skóry powiek górnych	☐ mały ☐ umiarkowany ☐ duży ☐ asymetria
Przepukliny tłuszczowe powiek górnych	☐ brak ☐ przyśrodkowe ☐ centralne ☐ boczne
Powiekowa wiotkość dolna - snap-back/distraction	☐ prawidłowa ☐ wiotkość łagodna ☐ umiarkowana ☐ znaczna
Pozycja powieki dolnej	☐ prawidłowa ☐ scleral show ☐ retrakcja ☐ ektropion ☐ entropion
Worki/przepukliny tłuszczowe powiek dolnych	☐ brak ☐ przyśrodkowe ☐ centralne ☐ boczne
Dolina łez / kontur policzkowo-podoczodołowy	☐ bez istotnych zmian ☐ zagłębienie ☐ malar bags/festoons
Ryzyko powikłań rogówkowo-powiekowych	☐ standardowe ☐ zwiększone - omówiono z pacjentem

10.2. Planowany zakres / technika zabiegu

- ☐ plastyka powiek górnych - wycięcie skóry
- ☐ plastyka powiek górnych - wycięcie fragmentu mięśnia okrężnego
- ☐ redukcja/przemieszczenie tłuszczu powiek górnych
- ☐ browpexy / peksja brwi
- ☐ korekcja ptozy - osobna procedura / osobna zgoda
- ☐ plastyka powiek dolnych przezspojówkowa
- ☐ plastyka powiek dolnych przezskórna / pod rzęsami
- ☐ skin pinch powiek dolnych
- ☐ redukcja tłuszczu powiek dolnych
- ☐ transpozycja/przemieszczenie tłuszczu powiek dolnych
- ☐ canthopexy / canthoplasty / LTS - osobna lub dodatkowa procedura
- ☐ leczenie festoons/malar bags - osobne omówienie/zgoda
- ☐ inny zakres:

10.3. Decyzja kwalifikacyjna

- ☐ pacjent zakwalifikowany do zabiegu
- ☐ pacjent zakwalifikowany warunkowo po spełnieniu zaleceń
- ☐ zabieg odroczony
- ☐ konieczna dodatkowa diagnostyka okulistyczna

- [] konieczna konsultacja internistyczna/kardiologiczna/endokrynologiczna/inne
- [] konieczna modyfikacja leków po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym
- [] konieczna stabilizacja powierzchni oka przed zabiegiem
- [] pacjent niezakwalifikowany do zabiegu w obecnym stanie

Uzasadnienie / zalecenia przed zabiegiem:

.....

.....

11. Oświadczenie pacjenta

- [] Oświadczam, że podałem/podałam prawdziwe informacje dotyczące chorób, leków, alergii, zabiegów i objawów okulistycznych.
- [] Zobowiązuję się poinformować lekarza o każdej zmianie stanu zdrowia, infekcji, opryszczce, nowych lekach lub zmianie leczenia przed zabiegiem.
- [] Rozumiem, że niektóre leki i suplementy mogą zwiększać ryzyko krwawienia i nie wolno ich odstawiać bez uzgodnienia z lekarzem prowadzącym.
- [] Rozumiem, że ostateczna kwalifikacja i zakres zabiegu zależą od badania lekarskiego oraz rozmowy przedoperacyjnej.
- [] Miałem/miałam możliwość zadania pytań dotyczących wywiadu i planowanego zabiegu.

Data i podpis pacjenta:

Data, podpis i pieczęć lekarza:

12. Krótka checklista w dniu zabiegu

- [] brak infekcji, gorączki, aktywnego stanu zapalnego skóry/oczu
- [] brak makijażu, kremów i soczewek kontaktowych
- [] omówiono leki przeciwkrzepliwe/przeciwpłytkowe i decyzję lekarza prowadzącego
- [] ciśnienie tętnicze akceptowalne do zabiegu
- [] potwierdzono stronę i zakres zabiegu
- [] wykonano dokumentację fotograficzną, jeśli zaplanowana
- [] podpisano świadomą zgodę na właściwy zabieg
- [] pacjent otrzymał zalecenia po zabiegu i wie, kiedy zgłosić się pilnie

Uwagi w dniu zabiegu: