



**OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana
Služba za kirurgiju**

Pročelnica kirurške službe Ana Dimova, dr. med., spec. opće i abdominalne kirurgije

Obavijest pacijentu o operacijskom postupku

**OBJAŠNJENJE I PISMENI PRISTANAK PACIJENTA NA OPERATIVNI ZAHVAT
Operacija ječmenca (chalazion)**

DIJAGNOZA I ZAHVAT

Operacija ječmenca (chalazion) je kirurški zahvat kojim se odstranjuje tvorba na vjeđi koju tvori nakupljeni sekret iz izvodnih kanalića žlijezda koje su smještene u vjeđama.

Liječnik mi je objasnio da imam **ječmenac** te se preporučuje provođenje operacije odstranjenja navedene tvorbe.

ANESTEZIJA

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

OPIS ZAHVATA

Pomoću kirurških instrumenata prikaže se područje unutrašnjosti kapka te se na odgovarajućem mjestu učini incizija (rez) i odstrani se nakupljeni sadržaj i kapsula navedene tvorbe.

Nakon operacije pacijent tijekom 24 sata nosi povoj na oku te počinje koristiti terapiju koju je propisao liječnik. Terapija se koristi tijekom idućih 7 dana.

Na dan operacije pacijent može piti, jesti i popiti svoju redovnu terapiju.

Operacija se izvodi u lokalnoj anesteziji i traje oko 30 minuta.

Nakon operacije pacijent odmah ide kući.

Prva postoperativna kontrola je idući dan kada pacijent skida povoj s oka te za tjedan dana.

Postoperativna terapija i njega uključuje primjenu analgetika te propisane terapije.

Preporuča se prva 24 sata provesti u mirovanju, bez naprezanja i težih fizičkih aktivnosti.

RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA

- periokularni otok
- hematom
- krvarenje
- infekcija

KONTRAINDIKACIJE ZA IZVOĐENJE ZAHVATA

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

- prethodno dokazane alergijske reakcije na anestetik
- infekcije kože na mjestu operacije



MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK

Kod stanja kada se dijagnosticira ječmenac i kod kojih je ranije provedena konzervativna terapija nema adekvatne zamjene nekom drugom metodom.

IZJAVA PACIJENTA

Svojim potpisom potvrđujem da sam na meni jasan i razumljiv način upoznat/a s mojim zdravstvenim stanjem, preporučenim postupkom liječenja, vrstom odabrane anestezije, mogućim kontraindikacijama i rizicima samoga postupka uključujući i rizike koji su specifični s obzirom na moje zdravstveno stanje kao i činjenicom da je uspjeh liječenja varijabilan i da ovisi o nizu čimbenika. Na sve svoje dodatne upite sam dobio/la potpunu informaciju od strane liječnika te u cijelosti preuzimam rizik liječenja navedenim postupkom.

Sukladno članku 16. Stavak 3. Zakona o zaštiti prava pacijenata ("Narodne novine broj 169/04), izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obavještenosti, prihvaćam postupak.

Potpis liječnika: _____

Datum i vrijeme: _____

Ime i prezime pacijenta/skrbnika: _____

Potpis pacijenta/skrbnika: _____

Datum i vrijeme: _____