



**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 ksantelazmi

DIJAGNOZA I ZAHVAT

Operacija ksantelazmi je kirurški zahvat kojim se uklanja benigna, žućkasta, plosnata lezija s predilekcijom na medijalnom dijelu vjeđa.

Liječnik mi je objasnio da imam **ksantelazmu** te da je moguće kirurškim putem odstraniti navedenu promjenu na vjeđama.

ANESTEZIJA

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

OPIS ZAHVATA

Transkutanim pristupom vrši se incizija kože i rez kojim se odstranjuje ksantelazma.

Defekt kože se zatvara pojedinačnim šavima.

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

Operacija se izvodi u lokalnoj anesteziji i traje oko 15-30 minuta ovisno o veličini i lokalizaciji ksantelazme.

Nakon operacije pacijent odmah ide kući.

Prva redovna postoperativna kontrola je tjedan dana nakon operacije kada se i skidaju šavi.

Postoperativna terapija i njega uključuje po potrebi primjenu analgetika i hladnih obloga.

Preporuča se prvih nekoliko dana mirovati, ne naprezati se i biti teže fizički aktivan.

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 postavljene dijagnoze ksantelazme nema adekvatne zamjene konzervativnim mjerama.

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 obaviještenosti, prihvaćam postupak.

Potpis liječnika: _____

Datum i vrijeme: _____

Ime i prezime pacijenta/skrbnika: _____

Potpis pacijenta/skrbnika: _____

Datum i vrijeme: _____