



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 vjeđa-blefaroplastika

DIJAGNOZA I ZAHVAT

Operacija vjeđa ili blefaroplastika je kirurški zahvat kojim se uklanja višak kože u području gornjih ili donjih vjeđa.

Liječnik mi je objasnio da imam **dermatohalazu** gornjih vjeđa te se preporučuje provođenje operacije blefaroplastike.

ANESTEZIJA

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

OPIS ZAHVATA

Transkutanim pristupom vrši se incizija kože te rez koji se pravi u prirodnim naborima vjeđa. Ovom metodom se odstranjuje višak kože, dio mišića te po potrebi i masni jastučići.

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 90 minuta. 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 primjenu analgetika i hladnih obloga.

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

Otok i hematom traju otprilike od 7-10 dana

RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA

- periokularni otok
- hematom
- suho oko
- epifora (suzenje očiju),
- krvarenje
- infekcija
- hipertrofični ožiljak,
- lagoftalmus
- postoperativna ptoza



KONTRAINDIKACIJE ZA IZVOĐENJE ZAHVATA

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

- prethodno dokazane alergijske reakcije na anestetik
- infekcije kože na mjestu operacije
- ako je prošlo manje od 6 mjeseci od botulinskog tretmana

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK

Kod stanja u kojih je indicirana blefaroplastika 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: _____