

Plastická operace víček – dermatochalasis

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o plastické operaci víček – dermatochalasis.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je dermatochalaza:

Věkem podmíněná ochablost kůže většinou horních, ale i dolních víček kombinovaná i s výhřezem očníkového tuku přes uvolněné septum.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Pokles víček, která je způsobena těžkou, převislou kůží. Ta navíc často i zužuje oční štěrbinu a může vést k omezení zorného pole. Převislá kůže je důsledkem věkových změn spojených se ztrátou pružnosti tkání, výhřez očníkového tuku někdy stav ještě zhoršuje.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem vysadit léky na ředění krve! Zárok probíhá ambulantně v lokálním znecitlivění. Neomezuje v běžném způsobu života, pracovní neschopnost vhodná u pacientů s profesí v prašném či znečištěném prostředí.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V místním znecitlivění se odstraní přebytečná kůže, případně i část tukové tkáně, která je vyhřezlá z prostoru za okem.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Alergická reakce na desinfekci, použité masti či lokální znecitlivující látky, ve vzácných případech anafylaktický šok (alergická, život ohrožující reakce na místně znecitlivující látky), krvácení, zarudnutí a otok, sekundární infekce rány s přestupem na okolní tkáň, přílišné zkrácení víčka s nedovíráním oční štěrbin. V případě resekcce tuku krvácení do očnice až s následkem oslepnutí.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Režim po operaci – v den operace ledové obklady, klidový režim a omezení fyzické aktivity. Důsledné dodržování hygienických postupů, aplikace desinfekčních prostředků, hojivých mastí. Kontroly dle doporučení lékaře, odstranění stehů 7. den po operaci.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Alternativní zákrok neexistuje.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře