COSMO
CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

INFORMIRANI PRISTANAK ZA BLEFAROPLASTIKU

Ime pacijenta: _____

Datum: _____

Obaviješten/a sam da imam sljedeće stanje/stanja:

DERMATOHALAZA

Blefaroplastika (operacija kapaka)

1. Operacija kapaka je zahvat kojim se pomlađuju kapci uklanjanjem ili preoblikovanjem kože, mišića i masnog tkiva u području gornjih i donjih kapaka. Ovaj zahvat poboljšava znakove starenja kapaka, ali ne utječe na starenje povezano s opuštenim obrvama. Operacija podizanja obrva (brow lift) može se izvesti istovremeno.
2. Operacija se može izvesti pod lokalnom anestezijom, često u kombinaciji s predoperativnom sedacijom, intravenskom sedacijom ili općom anestezijom radi smanjenja tjeskobe.
3. Potpuno sam iskreno informirao/la kirurga o motivima za zahvat i shvaćam da novi izgled očiju ne jamči poboljšanje života.
4. Ako imam stanje ptoze kapka (spušteni kapak), to nije predmet ovog zahvata. Korekcija ptoze obično se izvodi kod oftalmologa i može ostati nepromijenjena nakon blefaroplastike.
5. Ako koristim duhan, razumijem da to može zakomplicirati operaciju, anesteziju, cijeljenje, rezultat i trajnost učinka.

Kirurške značajke

Rezovi se izvode u gornjim i/ili donjim kapcima duž prirodnih linija i bora. Ovisno o individualnim značajkama, može se ukloniti višak kože, mišića i masnog tkiva.

Postoperativno razdoblje

1. Očekuje se umjerena nelagoda, koja se može ublažiti hladnim oblozima i propisanim lijekovima. Glava treba biti povišena nekoliko dana radi smanjenja oteklina i modrica.
2. Očekuje se oteklina i modrice nekoliko dana. Suhoća očiju i zamućen vid mogu potrajati mjesecima. Aktivnosti poput vježbanja, podizanja težih predmeta i napornog posla treba izbjegavati nekoliko tjedana. Nošenje tamnih naočala preporučuje se radi zaštite očiju.

COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

3. Zahvat poboljšava, ali ne uklanja bore ispod očiju; poboljšanje je najvidljivije u mirovanju, dok pri smijanju ili stiskanju oka bore ostaju vidljive.
4. Rezovi se zatvaraju sitnim šavovima; ožiljci obično blijede, ali ponekad je potrebna korekcija.
5. Privremena nemogućnost potpunog zatvaranja očiju je moguća; rijetko može biti trajna, što može zahtijevati daljnju korekciju.
6. Nema jamstva za izgled nakon operacije; ovisno o dobi, zdravlju i elastičnosti kože, neki pacijenti mogu zahtijevati dodatne zahvate.
7. Rezultati variraju; ponekad je potreban sekundarni zahvat. Operacija ne zaustavlja starenje i nije moguće predvidjeti “izgled 10 godina mlađe.”

Rizici i komplikacije

Lezije rožnice.

Prekomjerno krvarenje, osobito kod visokog tlaka.

Privremena poteškoća u zatvaranju očiju zbog oteklina.

Suhoća očiju.

Infekcija, ponekad zahtijeva antibiotike ili hospitalizaciju.

Moguća asimetrija kapaka.

Privremena ili rijetko trajna utrnulost kože kapka.

Donji kapci ponekad trebaju potporu trakicama; ponekad je potrebna korekcija.

Donji kapak može se okrenuti prema van, što može zahtijevati dodatni zahvat.

Krvarenje iza oka može dovesti do trajnog gubitka vida ako se ne reagira odmah; takav zahvat izvodi se u bolnici. Pacijent je obaviješten da odmah javi bol ili promjenu vida.

Nema jamstva rezultata

1. Nemoguće je točno predvidjeti rezultat, a postoje rizici od neuspjeha, recidiva ili potrebe za dodatnim zahvatima.
2. Pacijent je informirao liječnika o svojoj medicinskoj i socijalnoj anamnezi, uključujući lijekove, alkohol i duhan.
3. Potrebna je potpuna suradnja s liječnikom; nesuradnja može biti opasna.
4. Liječniku se ovlašćuje korištenje profesionalne prosudbe ako se pojave nepredviđene okolnosti.

COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

5. U rijetkim slučajevima pacijent može biti upućen drugom specijalistu za dodatno mišljenje ili liječenje.

Pristanak

Potvrđujem da sam pročitao/la i razumio/la ovaj pristanak i da su svi prazni dijelovi popunjeni prije potpisa. Dajem svoj dragovoljni pristanak za operaciju.

Potpis pacijenta (ili zakonskog skrbnika): _____

Potpis liječnika: _____

Datum: _____