

## ZAŁĄCZNIK NR 2

### INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI NOSA

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Rodzaj planowanego zabiegu:

.....  
.....

#### **Instrukcja**

Poniższa informacja jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o operacji nosa, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytała te informacje dokładnie i do końca. Proszę podpisać każdą stronę, co będzie potwierdzeniem zapoznania się z całym dokumentem.

#### **Informacje ogólne - Charakterystyka operacji nosa**

##### **Wskazania:**

Skrzywienie przegrody nosa z lub bez powiększenia małżowin nosowych, przerost małżowin nosowych, nos krzywy, garbaty, nos poroższczepowy, przerost lub deformacja czubka nosa.

Operacja wykonywana jest w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polega na wyprostowaniu przegrody nosa, zmniejszeniu małżowin nosowych lub zmniejszeniu czubka nosa. W przypadku nosa krzywego, garbatego lub poroższczepowego wykonywana jest pełna plastyka nosa, czyli operacja rusztowania kostnego i chrzęstnego.

##### **Leczenie alternatywne:**

Alternatywne postępowanie polega na nie wykonywaniu operacji nosa. Pewne zaburzenia oddychania mogą nie wymagać wykonywania operacji nosa zewnętrznego. Pewne czynniki ryzyka i potencjalne powikłania są związane z alternatywnymi metodami leczenia.

*Podpis Pacjenta*

**Celem proponowanego zabiegu jest:** .....

.....

.....

.....

**Dające się przewidzieć następstwa zabiegu:**

1. **Blizny** – Każde postępowanie chirurgiczne powoduje powstawanie blizn, które czasami nie są ładne. Nieprawidłowe blizny mogą powstawać na skórze lub dotyczyć głębiej położonych tkanek. Blizny mogą mieć kolor różniący się od koloru otaczającej skóry. Blizny mogą być asymetryczne. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja.
2. **Przebarwienia skóry/obrzęk** – zasinienia skóry i obrzęk zawsze występują normalnie po operacji nosa. Skóra w operowanej okolicy może wydawać się jaśniejsza lub ciemniejsza niż otaczająca skóra. Rzadko zdarza się jednak, że to przebarwienie skóry może utrzymywać się przez długi okres czasu lub może pozostać na zawsze.
3. **Asymetria** – Pewna asymetria twarzy występuje u większości pacjentów. Różnice w wyglądzie nosa, jego kształcie, symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii ale może być wykonana najwcześniej po 12 miesiącach.
4. **Nierówności skóry** – Po operacji mogą być widoczne nierówności, dodatkowe zmarszczki lub zagłębienia na skórze i chrząstce. Czasami może dojść do powstania uwypukleń na skórze w okolicy zakończenia cięcia w postaci tzw. psich uszu. Mogą one z czasem ulec zmniejszeniu lub konieczna jest dodatkowa operacja.
5. **Odległe wyniki** – Zmiany wyglądu nosa mogą być związane z wiekiem, opaleniem się, ciążą, menopauzą, tyciem / chudnięciem lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Wszystkie te stany mają wpływ na sprężystość chrząstki i skóry nosa. Dodatkowe leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu poprawienia lub zatrzymania wyników operacji nosa.
6. **Ból** – Po operacji nosa może występować ból o różnym nasileniu. Przewlekły ból występuje rzadko. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

*Podpis Pacjenta*

## Czynniki ryzyka związane z operacją nosa:

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i jest bardzo ważne zrozumienie ryzyka związanego z zabiegiem korekcji nosa.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu nosa. Pomimo, że większość pacjentów nie ma własnych doświadczeń z niżej wymienionymi powikłaniami, powinna Pani/Pan omówić je z chirurgiem plastykiem aby uzyskać pewność co do podjęcia właściwej decyzji i w pełni zrozumieć ryzyko, potencjalne powikłania i konsekwencje operacji. Poniżej zostały przedstawione dotychczas stwierdzone naukowo przypadki możliwych objawów ubocznych lub powikłań związanych z operacją nosa.

1. **Krwawienie** – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Jeżeli występuje krwawienie pooperacyjne, może wymagać natychmiastowego leczenia w celu zapobiegnięcia powstawaniu krwiaka lub transfuzji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem. Nadciśnienie jeżeli nie jest leczone może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą ( krwiak ) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn.
2. **Infekcja** – jest bardzo rzadkim powikłaniem po tego typu operacji. Jeśli wystąpi infekcja leczenie polega na podawaniu antybiotyków. Jeżeli infekcja nie reaguje na leczenie antybiotykami, może być konieczna dodatkowa operacja.
3. **Uszkodzenie głębiej położonych struktur** – Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, przewody łzowe, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub stałe.
4. **Zaburzenia czucia skóry** – Pewne zaburzenia czucia po operacji nosa w postaci osłabienia lub utraty czucia są częstymi powikłaniami zaraz po operacji. Po kilku miesiącach większość pacjentów odzyskuje prawidłowe czucie. Zaburzenia czucia mogą pozostać do końca życia choć zdarza się to niezmiernie rzadko.
5. **Seroma** – Czasami zdarza się, że płyn gromadzi się pomiędzy skórą i głębiej leżącymi tkankami. To powikłanie wymaga leczenia i zastosowania dodatkowego postępowania mającego na celu drenaż płynu.
6. **Ból przewlekły** – Po zabiegu będzie występował ból. Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po operacji nosa i związany jest z pooperacyjną blizną
7. **Reakcje alergiczne** – Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
8. **Wstrząs** – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.

*Podpis Pacjenta*

9. **Przedłużone gojenie** – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany lub rozejście się szpary złamania kości nosa. Pewne obszary nosa mogą nie goić się prawidłowo i gojenie może być przedłużone. Może to wymagać częstych zmian opatrunków lub dodatkowych operacji w celu usunięcia źle gojących się tkanek. Pacjenci palący papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany
10. **Przeczulica skóry** – Podczas operacji nosa może dochodzić do przeczulicy i nieprawidłowych reakcji na ciepło i zimno. Tego rodzaju odczucia zwykle są przejściowe i z czasem ulegają poprawie. W bardzo rzadkich przypadkach zaburzenia czucia pozostają na zawsze.
11. **Perforacja przegrody nosa** – podczas operacji może dojść do powstania perforacji w przegrodzie nosa. W pewnych przypadkach może być konieczna operacja naprawcza.
12. **Zmiany w przewodach nosowych** – Zmiany powstałe podczas operacji nosa lub przegrody mogą powodować utrudnienia w oddychaniu.
13. **Znieczulenie** – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
14. **Zaburzenia związane z nadużywaniem kokainy** – mogą powodować złe gojenie i perforacje przegrody nosa.
15. **Szwy** – Większość technik chirurgicznych związane jest z użyciem, głęboko zlokalizowanych szwów. Mogą one być wyczuwalne pod skórą, mogą także przebijać się przez skórę stając się widoczne i powodując podrażnienia, które wymagać będą usunięcia szwu.
16. **Niezadowolający efekt** – Możliwy jest zły wynik po operacji nosa. Obejmuje on widoczne deformacje, asymetrię, nieprawidłowe umiejscowienie pooperacyjnych blizn, utratę funkcji, rozejście się rany lub utratę czucia. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją. Następną operacją jest możliwa dopiero po 12 miesiącach.
17. **Powikłania płucne i układu krążenia** – Powikłania układu oddechowego mogą być spowodowane zatorem płucnym, zatorem tłuszczowym lub częściowym uszkodzeniu płuc po znieczuleniu ogólnym. Zaburzenia te mogą być przyczyną śmierci. Powikłania sercowe stanowią ryzyko związane z każdym znieczuleniem ogólnym. Jeżeli wystąpi skrócenie oddechu, ból w klatce piersiowej, nieprawidłowe bicie serca należy natychmiast udać się do lekarza.
18. **Zmiany chorobowe/ nowotworowe skóry** – Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.
19. **Informacja o lekach antykoncepcyjnych** – Proszę poinformuj czy przyjmujesz leki antykoncepcyjne i czy nie jesteś w ciąży. Wiele leków, m. in. antybiotyki może neutralizować leki antykoncepcyjne i może dojść do zajścia w ciążę.

*Podpis Pacjenta*

20. **Palenie papierosów** – Pacjenci palący papierosy lub narażeni na działanie dymu papierosowego mają większe ryzyko na wystąpienie chirurgicznych powikłań w trakcie procesu gojenia i nieprawidłowego gojenia blizny. Dodatkowo może u pacjenta dochodzić do efektów ubocznych w postaci kłopotów ze znieczuleniem czy też krwawieniem. **Proszę o wybór prawidłowego stwierdzenia poprzez wstawienie symbolu „x” we wskazanym miejscu poniżej:**

\_\_\_\_\_ **Nie palę papierosów.** Zrozumiałam/-em, że istnieje potencjalne ryzyko wpływu przebywania w pomieszczeniu z dymem papierosowym na powstanie chirurgicznych powikłań.

\_\_\_\_\_ **Palę papierosy.** Zrozumiałam/-em ryzyko wpływu palenia papierosów na powikłania spowodowane paleniem papierosów. Ważne jest aby nie palić papierosów co najmniej 6 tyg. przed operacją aż do zakończeniu procesu gojenia.

21. **Kontakty intymne po operacji** – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
22. **Leki** – Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
23. **Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy** – Opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji nosa związanych z niespełnionymi oczekiwaniami związanymi z wyglądem po zabiegu. Ważne są realne oczekiwania pacjenta. Zabieg ma na celu poprawę wyglądu, a nie uzyskanie idealnie symetrycznego efektu.

### **Powikłania z winy pacjenta:**

Mogą mieć miejsce w następujących przypadkach :

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych,
2. Nie zgłaszania się na wizyty kontrolne,
3. Nie przestrzegania odpowiedniej diety,
4. Niepowstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

### **Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające :**

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nie uzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów, nie omawianych wcześniej z pacjentem.

*Podpis Pacjenta*

## Konieczne dodatkowe leczenie

W przypadku wystąpienia powikłań konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji lub zastosowanie innego leczenia. Nawet kiedy ryzyko wystąpienia powikłań nie jest duże i dochodzi do nich rzadko należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia i zabiegami mającymi na celu poprawę wyniku pierwotnej operacji.

## Zastrzeżenia Pacjenta/Pacjentki

.....  
.....  
.....

## Zrzeczenie

Świadoma zgoda na zabieg jest stosowana aby poinformować pacjenta o proponowanym leczeniu i obejmuje przedstawienie czynników ryzyka i alternatywnych metod leczenia. Ten dokument jest oparty na naukowej literaturze i klinicznej praktyce. Jednakże dokument ten nie uwzględnia wszystkich metod ani ryzyka z nimi związanego. Zgoda ta jest odbiciem stanu wiedzy aktualnej jedynie w czasie publikacji.

Oświadczam, że Pan/i Doktor R. Jamont przeprowadził ze mną w dniu.....  
o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego.  
Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu plastyki  
nosa, komplikacji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej, ryzyka  
związanego z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób  
zrozumiały i wyczerpujący. Otrzymałam zalecenia pooperacyjne.

*Podpis Pacjenta*

## OŚWIADCZENIE

### ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Adres zamieszkania :.....

Data urodzenia :.....

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego : Otwarta plastyka nosa.....

.....

Rodzaj planowanego znieczulenia :.....

Ja, niżej podpisana/y.....

/imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry ( Dz.U.2008 Nr 136 poz. 857 z późn. zm. oraz art. 19 ust.1 pkt 3 ) Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ( Dz.U.2007 Nr 14 poz.89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie przez dr R.Jamonta i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

#### Otrzymałam/em następujący zestaw informacji:

- świadoma zgoda na operację nosa,
- ankieta anestezyjologiczna,
- wywiad epidemiologiczny,
- świadoma zgoda na znieczulenie
- zalecenia pooperacyjne.

**Oświadczam**, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnioną samodzielnie ankietą anestezyjologiczną stanowiącą załącznik nr 1 i wywiadem epidemiologicznym, stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego oświadczenia.

*Podpis Pacjenta*

**Ponadto oświadczam**, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym poinformowana/y o :

1. Konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana;
2. Rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku;
3. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu;
4. Sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej;
5. Typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej;
6. Konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu;
7. Negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza.
8. Możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z informacją w zakresie operacji korekcji nosa, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

**Jestem świadoma/y**, że możliwy do osiągnięcia efekt zabiegu, okres gojenia i skuteczność ewentualnej terapii pooperacyjnej nie mogą zostać określone w sposób ścisły, co wynika ze specyfiki planowanego zabiegu. Jestem również świadoma/y, że końcowy efekt zabiegu, jak również przebieg okresu pooperacyjnego są ściśle uzależnione od indywidualnego przypadku. Jestem ponadto świadoma/y, że ostateczny efekt zabiegu zależy od wielu czynników wymienionych w Informacji w zakresie zabiegu ( operacji ), stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia, m. in. od stanu mojego zdrowia, wieku, elastyczności skóry, indywidualnej reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

**Przed przystąpieniem do zabiegu** zostałam/em wyczerpująco i dostępnie poinformowana/y o tym, że końcowy efekt zabiegu nie jest identyczny w każdym przypadku i może odbiegać od efektów, które osiągnięto u innych pacjentów.

*Podpis Pacjenta*



**Jestem świadoma/y**, że w trakcie zabiegu, leczenia oraz znieczulenia mogą wystąpić nieprzewidziane okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, wymagające przeprowadzenia dodatkowych zabiegów. Niniejszym zezwalam lekarzowi upoważnionemu do przeprowadzenia planowanego zabiegu wykonania dodatkowych zabiegów, które mogą okazać się niezbędne z uwagi na wyżej wymienione okoliczności. Zgoda wyrażona w tym paragrafie uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanego mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

**Wyrażam zgodę** na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pooperacyjnego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obciążone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

**Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi.** Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu w formie Załącznika nr 4 do niniejszego oświadczenia, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

**Oświadczam, że miałam/em możliwość zadawania lekarzowi pytań** dotyczących planowanego zabiegu, możliwych komplikacji, ryzyka powikłań, dalszego leczenia, zaleceń pooperacyjnych, zaś odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i udzielone w sposób wyczerpujący. Zostałam/em ponadto poinformowana/y o alternatywnych metodach leczenia (nie wyłączając zaniechania leczenia) i alternatywnych zabiegach.

**Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do zabiegu**, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem zabiegu był w pełni wystarczający, abym mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

*Podpis Pacjenta*

**Wyrażam zgodę na wykonanie stosownej dokumentacji związanej z zabiegiem, jak również na fotografowanie, utrwalanie przebiegu zabiegu za pomocą środków utrwalających obraz i dźwięk dla celów medycznych, naukowych lub edukacyjnych, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.**

**Zgadzam się, aby w trakcie wykonywania zabiegu obecne były osoby niezbędne do udzielenia niniejszego świadczenia oraz inne osoby, których uczestnictwo w zabiegu ma cel ściśle edukacyjny i polegać będzie wyłącznie na obserwacji zabiegu i zaznajamianiu się z dokumentacją z nim związaną.**

**Jestem świadoma/y, że podstawą roszczenia cywilnego przeciwko lekarzowi nie są przypadki, w których efekt zabiegu nie będzie pokrywał się ściśle z moimi oczekiwaniami, a jego przeprowadzenie i postępowanie po jego zakończeniu odpowiadało wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.**

**Wyrażam zgodę na pozbycie się, a co się z tym wiąże wywóz i utylizację sprzętu medycznego użytego podczas zabiegu oraz tkanek czy części ciała które zostały usunięte podczas zabiegu.**

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest:

.....

Osoba tam ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

**Podpis Pacjenta oraz data.**

**Podpis Lekarza oraz data.**

## Zalecenia po operacji nosa

1. Zalecane jest ułożenie głowy na co najmniej 2 poduszkach w celu zmniejszenia obrzęku do minimum. Zastosowanie opatrunków chłodzących oraz okładów z Borasolu na okolicę oczu przez pierwsze 48 godzin spowoduje zmniejszenie obrzęku i zasinień występujących po operacji.
2. Nie wolno moczyć szyny gipsowej na nosie ani jej uciskać. Zmień opatrunek pod nosem gdy opatrunek będzie mokry.
3. Opatrunek na grzbiecie nosa musi pozostać na ok. 7- 10 dni i może być usunięty jedynie w Klinice.
4. Nie wydmuchuj zbyt gwałtownie nosa przez co najmniej 8 tygodni po operacji nosa. Staraj się nie kichać, jeśli to nieuniknione staraj się to robić z otwartymi ustami.
5. Nie opuszczaj głowy poniżej poziomu serca.
6. Unikaj jedzenia, które wymaga długiego żucia. Nie musisz stosować ograniczeń w diecie. Przez 2 tygodnie unikaj jedzenia, które wymaga intensywnych ruchów warg podczas jedzenia np. jabłka, kolby kukurydzy.
7. Myj zęby wyłącznie miękką szczoteczką
8. Unikaj długich rozmów telefonicznych przez co najmniej 10-14 dni.
9. Możesz myć swoją twarz nie dotykając opatrunku. Myj się pod prysznicem do chwili zdjęcia opatrunku.
10. Nie uśmiechaj się i unikaj ruchów mimicznych twarzy przez 1 tydzień
11. Nie myj włosów przez 1 tydzień. Utrzymuj opatrunek na nosie suchy.
12. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
13. Nie bądź zdziwiony gdy po usunięciu opatrunku nos, oczy i górna warga będą obrzęknięte lub zasinione. Zwykle ustępuje to po 2-3 tyg, chociaż u niektórych pacjentów obrzęk może trwać do 6-12 miesięcy.
14. Kiedy zdejmemy Ci szynę z nosa, będzie obrzęknięty i taki pozostanie przez kilka tygodni. Niewielki obrzęk nosa może się utrzymać do jednego roku. Obrzęk występujący w środku nosa może powodować utrudnienia w oddychaniu, które z czasem ulegną poprawie.
15. Nie noś okularów oraz okularów przeciwsłonecznych przez co najmniej 4 tyg.
16. Soczewki kontaktowe można założyć 2-3 dni po operacji.
17. Po usunięciu opatrunku z nosa grzbiet nosa może być ostrożnie myty mydłem i może być stosowany delikatny krem i makijaż.

*Podpis Pacjenta*

18. Unikaj intensywnych ćwiczeń fizycznych przez 1 miesiąc po zabiegu. Nie pływaj przez 1 miesiąc. Unikaj zaparć.
19. Zakaz picia alkoholu przez 3 tygodnie po operacji.
20. Stosuj jedynie leki przepisane przez lekarza. Nie przyjmuj leków na pusty żołądek, bo może to powodować występowanie wymiotów. Wszystkie te czynniki mogą powodować wzrost ciśnienia krwi i powstanie krwawienia.
21. Przez pierwsze 7 dni stosuj krople Sudafed Xylogel HA 3 x dziennie, przez następny miesiąc używaj wody morskiej w spreju aby pomóc w usunięciu wydzieliny z nosa i stosuj preparat Rinopanteina 2x dziennie..
22. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 8 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk nosa. Stosuj kremy z wysokimi filtrami gdy przebywasz dłuższy czas na słońcu.

*Podpis Pacjenta i data*

*Podpis Lekarza*