

ZGODA NA ZABIEG – LIFTING BRWI

Imię i nazwisko pacjenta..... Adres
zamieszkania..... Data
urodzenia..... PESEL.....

Rodzaj planowanego zabiegu – lifting, czyli uniesienie brwi.

Instrukcja

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

Informacje ogólne - Charakterystyka liftingu brwi

Wskazania:

Opadnięcie brwi oznacza przemieszczenie linii brwi ku dołowi, najczęściej poniżej poziomu brzeżu oczodołu. Do opadania brwi dochodzi w wyniku starzenia się struktur twarzy, w nasilonych przypadkach wymaga leczenia operacyjnego, w lżejszych przypadkach można zastosować toksynę botulinową, wypełniacze i różnego rodzaju podwieszanie z użyciem nici. Możliwe jest też uniesienie brwi w czasie plastyki powiek, wtedy nie ma dodatkowych blizn.

Leczenie zabiegowe

Istnieje wiele technik operacyjnych takich jak: lifting brwi endoskopowy, lifting czołowy, bezpośredni lifting brwi, mini lifting bezpośredni, lifting skroniowy, gliding lift.

My proponujemy: Lifting skroniowy, bezpośredni lifting brwi, mini lifting bezpośredni, gliding lift i lifting w tkance plastyki powiek.

- **Lifting skroniowy**, polega na nacięciu skóry w okolicach skroni, odpreparowaniu skóry i tkanek miękkich od okostnej do wysokości brwi, uniesieniu tkanek i przyszyciu ich w nowym wyższym położeniu oraz zeszyciu ran.
- **Bezpośredni lifting brwi**, polega na wycięciu paska skóry nad brwiami i zeszyciu ran.
- **Mini lifting bezpośredni**, polega na 2 cm nacięciu skóry w okolicach brwi i podszyciu brwi do okostnej za pomocą szwów niewchłaniających oraz zeszyciu ran, sprawdza się w przypadku opadnięcia niewielkiego stopnia lub gdy chcemy unieść brwi tylko w częściach bocznych.
- **Gliding lift**, polega na wykonaniu niewielkich nacięć na granicy skóry owłosionej, wprowadzeniu specjalnych narzędzi, odpreparowania skóry czoła do poziomu kącików oczu. Następnie unosi się tkanki i zakłada szwy siatkowate na odpreparowaną skórę na czas 3-4 dni.

- **Lifting brwi w trakcie plastyki powiek górnych**, polega na podszyciu brwi do okostnej przez ranę na powiekach górnych.

Celem proponowanej operacji jest:

.....

W moim przypadku zostanie zastosowana technika:.....

Podpis pacjenta

Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na nie wykonywaniu operacji, zastosowania toksyny botulinowej, wypełniaczy, przeszczepu tkanki tłuszczowej i wprowadzeniu nici.

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. W celu korekcji tych blizn może być konieczna dodatkowa operacja. Czasami dochodzi do powstawania małych skórnych torbieli w miejscu szwów.
2. **Przebarwienia skóry/obrzęk** - zasinienia skóry i obrzęk są normalnymi objawami po operacji brwi. 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 i okolicy oczu występuje u większości ludzi. Różnice w wyglądzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu zniwelowania asymetrii.
4. **Odległe wyniki** - Zmiana wyglądu powiek i brwi może być związana z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, opalaniem się lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Zabieg liftingu brwi nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji pozostanie na zawsze. Dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu utrzymania wyników operacji.
5. **Ból po operacji brwi ustępuje po paru godzinach** - w przypadku podszywania do okostnej może utrzymywać się przez wiele tygodni. Po zastosowaniu leków przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

6. W przypadku połączenia plastyki powiek z liftingiem brwi mogą się zdarzyć zaburzenia czucia skórnoego w okolicy czoła, które najczęściej ustępują samoistnie w ciągu kilku miesięcy.

Czynniki ryzyka związane z operacją liftingu brwi

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i dlatego bardzo ważne jest ich zrozumienie w odniesieniu do liftingu brwi.

Podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu jest sprawą indywidualną i polega na porównaniu ryzyka z możliwą poprawą wyglądu powiek i brwi. 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.

1. **Krwawienie** – występuje rzadko. Jest możliwe w trakcie lub po operacji. Krwawienie może występować pod skórę lub wokół gałki ocznej. Jeżeli krwawienie występuje po operacji to wymaga szybkiego leczenia lub operacji. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia krwawienia nie można zażywać aspiryny i leków przeciwzapalnych co najmniej 21 dni przed planowanym zabiegiem.
2. **Nadciśnienie** - jeżeli nie jest leczone może powodować krwawienie podczas lub po zabiegu. Stosowanie ziół oraz suplementów diety może także powodować wzrost ryzyka krwawienia. Nadmierna ilość krwi zgromadzona pod skórą (krwiak) może spowodować opóźnione gojenie i powstanie nieprawidłowych blizn.
3. **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.
4. **Uszkodzenie głębiej położonych struktur.** Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te mogą być przejściowe lub pozostawać na zawsze.
5. **Niezadowolający efekt.** Możliwy jest zły wynik po operacji liftingu brwi. Obejmuje on widoczne deformacje, asymetrie, utratę funkcji, rozejście się rany lub utratę czucia. W celu usunięcia tych powikłań może być konieczna dodatkowa operacja. Konieczności wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
6. **Reakcje alergiczne.** Rzadko występują reakcje alergiczne na szwy, preparaty stosowane miejscowo, obłożenie. Reakcje ogólnoustrojowe są bardzo poważne i są związane z reakcją organizmu na leki. Reakcje alergiczne mogą wymagać dodatkowego leczenia.
7. **Przedłużone gojenie.** Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjenci/-tka palący/-e papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
8. **Znieczulenie.** Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.
9. **Wstrząs** – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.
10. **Kontakty intymne po operacji.** Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.

11. **Informacja o lekach antykoncepcyjnych.** Proszę poinformuj lekarza, 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.
12. **Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy.** W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji brwi 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.
13. **Leki.** Po zażyciu niektórych leków przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
14. **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

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. Powstrzymywania 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.

Konieczne dodatkowe leczenie

W przypadku wystąpienia niektórych 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 doktor Robert Jamont przeprowadził ze mną w dniu
o godzinie rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego.
Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu liftingu brwi,
kompliakcji, jakie mogą wystąpić podczas operacji, opieki pooperacyjnej, ryzyka związanego
z planowanym zabiegiem. Informacje zostały mi przekazane w sposób zrozumiały i
wyczerpujący.

Otrzymałem/-am zalecenia pooperacyjne.

Podpis Pacjenta

OŚWIADCZENIE - ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego :

Lifting brwi

.....
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
dentysty (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 Roberta Jamonta, planowanego, wyżej opisanego
zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: świadoma zgoda na
operację powiek, wywiad epidemiologiczny, wywiad ogólny, zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego
zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnionym
samodzielnie wywiadem epidemiologicznym ogólnym, stanowiącym załącznik do
niniejszego oświadczenia.

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 lifting brwi, stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszego oświadczenia;
9. Kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

Podpis Pacjenta

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.

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 uwzględnia 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 w niektórych przypadkach 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 zupełności 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 ta 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.

Pooperacyjne zalecenia po operacji lifting brwi

1. Kontrola w klinice po 3- 6 dniach.
2. Konieczne jest wysokie ułożenie głowy przez 48 godzin po operacji w celu zmniejszenia obrzęków. Proszę stosować opatrunki chłodzące w okolicy czoła oczu w ciągu 48 godzin po operacji.
3. Proszę nie opuszczać głowy poniżej poziomu serca
4. Nie myj włosów przez 4-5 dni, w przypadku gliding liftu konieczne jest przemywanie szwów siatkowych 2-3 razy dziennie przy pomocy sterylnego roztworu soli fizjologicznej.
5. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
6. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk tkanek.
7. Zakaz wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych przez okres 1 miesiąca.
8. Nie pływaj przez 1 miesiąc
9. Na zasinione miejsca można stosować żel z Arniki 2-3 razy dziennie.
10. Zakaz picia alkoholu przez 3 tygodnie, po operacji 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.

Podpis Pacjenta i data

Podpis Lekarza