**OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana**

**Služba za kirurgiju**

**Pročelnik kirurške službe Zdravko Zelić, dr. med., spec. opće kirurgije**

**i subspecijalist abdominalne kirurgije**

**Obavijest pacijentu o operacijskom postupku**

**OBJAŠNJENJE I PISMENI PRISTANAK PACIJENTA NA OPERATIVNI ZAHVAT**

**Operacija ateroma u području gornje i donje vjeđe**

**DIJAGNOZA I ZAHVAT**

Operacija ateroma je kirurški zahvat kojim se uklanja dobroćudna izraslina kože i potkožnog tkiva, a nastaje kao rezultat pojačanog lučenja lojne žlijezde i formiranja capsule oko navedenog sadržaja.

Liječnik mi je objasnio da imam ***aterom*** te da je moguće kirurškim putem odstranit inavedenu promjenu na vjeđama.

**ANESTEZIJA**

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

**OPIS ZAHVATA**

Transkutanim pristupom vrši se incizija kože i rez kojim se odstranjuje sadržaj i kapsula navedene promjene. 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 15-30 minuta ovisno o veličini i lokalizaciji ateroma. 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 po potrebi primjenu analgetika.

Preporuča se prva 24 sata mirovati, ne naprezati se i biti teže fizički aktivan.

**RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA**

* periokularni otok
* hematom
* krvarenje
* infekcija

**KONTRAINDIKACIJE ZA IZVOĐENJE ZAHVATA**

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

* prethodno dokazane alergijske reakcije na anestetik
* infekcije kože na mjestu operacije

**MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK**

Kod stanja kada se dijagnosticira aterom te kod kojih je ranije provedena konzervativna terapija nema adekvatne zamjene nekom drugom metodom.

**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 obavještenosti, prihvaćam postupak.

Ime i prezime pacijenta/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis liječnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_