**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 vjeđa-blefaroplastika**

**DIJAGNOZA I ZAHVAT**

Operacija vjeđa ili blefaroplastika je kirurški zahvat kojim se uklanja višak kože u području gornjih ili donjih vjeđa.

Liječnik mi je objasnio da imam ***dermatohalazu*** gornjih vjeđa te se preporučuje provođenje operacije blefaroplastike.

**ANESTEZIJA**

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

**OPIS ZAHVATA**

Transkutanim pristupom vrši se incizija kože te rez koji se pravi u prirodnim naborima vjeđa. Ovom metodom se odstranjuje višak kože, dio mišića te po potrebi i masni jastučići.

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 90 minuta. 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 primjenu analgetika i hladnih obloga.

Preporuča se prvih nekoliko dana mirovati, ne naprezati se i biti teže fizički aktivan.

Otok i hematom traju otprilike od 7-10 dana

**RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA**

* periokularni otok
* hematom
* suho oko
* epifora (suzenje očiju),
* krvarenje
* infekcija
* hipertrofični ožiljak,
* lagoftalmus
* postoperativna ptoza

**KONTRAINDIKACIJE ZA IZVOĐENJE ZAHVATA**

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

* prethodno dokazane alergijske reakcije na anestetik
* infekcije kože na mjestu operacije
* ako je prošlo manje od 6 mjeseci od botulinskog tretmana

**MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK**

Kod stanja u kojih je indicirana blefaroplastika nema adekvatne zamjene konzervativnim mjerama.

**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 obaviještenosti, prihvaćam postupak.

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

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

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

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