**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**

**BLEFAROPLASTIKA**

1. **DIJAGNOZA I ZAHVAT**

Blefaroplastika je kirurški zahvat korekcije viška kože i masti u području kapaka. Najčešći razlog je blefarohalaza- spuštanje gornjih kapaka koje za posljedicu ima funkcionalnu smetnju vida, zbog zatvaranja oka.

1. **ANESTEZIJA**

Zahvat se izvodi u lokalnoj anesteziji.

1. **KONTRAINDIKACIJA ZA IZVOĐENJE ZAHVATA**

Ovaj operativni postupak ne smije se izvesti u slučaju:

• prethodne dokazane alergijske reakcije na lokalni anestetik

• infekcije kože na mjestu operacije

• relativna kontraindikacija je uzimanje lijekova za cirkulaciju ili razrjeđivanje krvi, koji mogu dovesti do jačega krvarenja. Potrebno je ranije obavijestiti liječnika, da se dobiju upute kako se pripremiti za operacijski zahvat.

1. **RIZICI/KOMPLIKACIJE ZAHVATA**

• bolnost rane

• otok

• odstranjenje prevelike količine kože može dovesti do skračivanja gornje vjeđe i nepotpunoga zatvaranja oka , što dovodi do keratopatije.

• spuštanje vjeđe (ptoza) zbog oštećenja mišića

• krvarenja ( kod osoba sklonih krvarenju ili u onih koji uzimaju lijekove za razrjeđivanje krvi )

• infekcije kirurške rane u 1 -5% bolesnika (češće kod dijabetičara i osoba koje uzimaju imunosupresivne lijekove)

• sporo zarastanja

1. **MOGUĆE ZAMJENE ZA PREPORUČENI ZAHVAT**

Metoda izbora u uznapredovalim slučajevima.

1. **OPIS ZAHVATA**

Sam zahvat traje 30 minuta do 2 sata, ovisno o lokalnom statusu.

Nakon pranja i sterilnoga pokrivanja operacijskoga polja, u operacijsko polje se aplicira lokalni anestetik. Prilikom zahvata ukloni se višak kože i masnoga tkiva.

Šavi se uklone nakon 7 dana.

1. **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_