



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anti-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anti-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

## INFORMACJA O ZABIEGU OPERACJI POWIEK

Imię i nazwisko pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia .....  
PESEL .....  
Rodzaj planowanego zabiegu .....

### Instrukcja

Poniższa zgoda jest dokumentem napisanym w celu poinformowania pacjenta o zabiegu korekcji obwisłości skóry powiek, 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 powiek

#### Wskazania:

Operacja obwisłości skóry powiek jest postępowaniem chirurgicznym mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry i mięśni z powiek górnych i dolnych. Tkanka tłuszczowa tworząca przepukliny tłuszczowe może być również usunięta. Zabieg może pomóc w poprawie wyglądu starszych ludzi, którzy mają widoczny nadmiar skóry na powiekach. Korekcja powiek nie usunie tzw. "kurzych łapek", nie zmniejszy ciemnych sińców pod oczami ani nie podniesie brwi. Operacja ta może być wykonywana jako pojedyncza procedura lub w połączeniu z innymi zabiegami wykonywanymi na oczach, twarzy, brwiach lub nosie. U pacjentów, którzy mają bardzo wiotką powiekę dolną z jej odstawaniem od gałki ocznej musi być rozważane wykonanie zabiegu canthoplastyki powieki polegającej na wykonaniu skrócenia powieki dolnej. Operacja powiek nie zatrzyma procesu starzenia. Zabieg ten ma jedynie na celu zmniejszenie wyglądu luźnej skóry w okolicy oczu.

.....  
podpis Pacjenta (1)



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anty-klamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anty-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

### Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na nie wykonywaniu operacji korekcji obwisłości skóry powiek. Uzyskanie poprawy napięcia skóry, oraz wyglądu zmarszczek wokół oczu może wymagać dodatkowego leczenia takiego jak operacja podniesienia brwi ( liftingu brwi ). Mogą być konieczne inne operacje powiek w przypadku np. opadania powiek związanego z chorobami mięśni powiek ( ptoza powiek ) lub odstawaniem powieki dolnej od gałki ocznej ( ektropion ). Niewielkie zmarszczki skóry mogą być zmniejszone poprzez zastosowanie chemicznych peelingów skóry lub zabiegów laserowych. Z każdym z tych zabiegów są związane także z pewnym ryzykiem i powikłaniami.

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. 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 zawsze występują normalnie po operacji powiek. 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 poprawy asymetrii.

.....  
podpis Pacjenta (2)

4. Odległe wyniki – Zmiany wyglądu powiek może być związana z wiekiem, odchudzaniem się lub tyciem, opalaniem się lub z innymi zmianami w organizmie zachodzącymi niezależnie od przebytej operacji. Zabieg obwisłości skóry powiek nie zatrzyma procesu starzenia się skóry i nie spowoduje, że wynik operacji pozostanie na zawsze. Dalsze leczenie lub operacje mogą być konieczne w celu zatrzymania wyników operacji.

5. Ból po operacji powiek ustępuje po paru godzinach – Przewlekły ból jest bardzo rzadkim powikłaniem po operacji powiek. Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

#### Czynniki ryzyka związane z operacją obwisłości skóry powiek

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

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

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. Utrata wzroku – Jest wyjątkowo rzadka po operacji powiek. Może ją spowodować wewnętrzne krwawienie wokół oka. Utrata wzroku nie da się przewidzieć wcześniej.

.....  
podpis Pacjenta (3)

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 na zawsze.

5. Problemy z „suchym okiem „ – Po operacji powiek może dochodzić do trwałych zaburzeń związanych ze zmniejszeniem produkcji łez. Występowanie tego powikłania jest rzadkie. Osoby, które normalnie mają suche oczy muszą zdawać sobie sprawę z możliwości pogorszenia stanu oczu.

6. Zmiany chorobowe/ nowotworowe skóry – Korekcja powiek jest zabiegiem mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry i korekcji głębiej położonych struktur powieki. Zmiany chorobowe i nowotworowe mogą występować niezależnie od tej operacji.

7. Ektropion – Rzadkim powikłaniem jest odstawanie powieki dolnej od gałki ocznej. W celu korekcji tego powikłania konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji.

8. Problemy związane z niecałkowitym domykaniem szpary powiekowej – Ekspozycja rogówki i jej wysychanie może wymagać dodatkowej korekcji.

9. Niezadowolający efekt – Możliwy jest zły wynik po operacji powiek. Obejmuje on widoczne deformacje, utrata funkcji, rozejście się rany lub utrata czucia. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.

10. 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.

11. Utrata rzęs – Utrata rzęs może wystąpić w powiekach dolnych w tych obszarach skóry, które są uniesione do góry w trakcie zabiegu. Nie jest możliwe przewidzenie tego rodzaju powikłania. Utrata rzęs może być przejściowa lub trwała.

12. Przedłużone gojenie – Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjentki palące papierosy mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.

13. Znieczulenie – Zarówno ogólne, jak i miejscowe znieczulenie niesie ze sobą pewne ryzyko. Mogą to być zarówno powikłania, jak i śmierć.

14. Wstrząs – występuje niezmiernie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.

.....  
podpis Pacjenta (4)

15. Kontakty intymne po operacji – Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.

16. 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.

17. Choroby neurologiczne i psychiatryczne objawy – W literaturze przedmiotu opisywano występowanie zaburzeń psychicznych po operacji powiek 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.

18. Leki - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.

19. 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.

.....  
podpis Pacjenta (5)



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anty-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anty-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

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 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 Doktor Maciej Sznurkowski** przeprowadził/a ze mną w dniu.....o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących zabiegu korekcji powiek, 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 (6)



- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anti-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anti-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

## OŚWIADCZENIE. ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Imię i nazwisko pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
Data urodzenia .....  
PESEL .....  
Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego .....  
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 **Pan Doktora Macieja Sznurkowskiego** i wybranym przez niego asystentom planowanego, wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em następujący zestaw informacji: Świadoma zgoda na operację powiek, Zalecenia pooperacyjne.

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;

.....  
podpis Pacjenta (7)

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 powiek,**
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 ), od 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 uwzględni także wszelkie stany zdrowotne wymagające leczenia, nieznanne 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 obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

.....  
podpis Pacjenta (8)





- \* Osocze i fibryna bogatopłytkowa i-PRF
- \* Zmarszczki mimiczne, nadpotliwość BOTOX
- \* Blefaroplastyka powiek górnych i dolnych
- \* Liposukcja podbródka, brzucha, kolan i in.
- \* Przeszczepy tkanki tłuszczowej, lipofilling
- \* Transplantacja włosów metody FUE, BHT
- \* Resurfacing skóry laserem ablacyjnym CO2
- \* Usuwanie tatuaży laserem pikosekundowym
- \* Laser anty-plamkowy, peeling karbonowy
- \* Laser anty-naczynkowy, teleangiektazje
- \* HIFU głęboki lifting skóry twarzy
- \* Wolumetria twarzy, ust, dłoni, piersi

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, 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.

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.

.....  
Podpis Pacjenta oraz data

.....  
Podpis Lekarza oraz data

## Pooperacyjne zalecenia po operacji korekcji powiek

1. Zabieg korekcji obwisłości powiek będzie trwał około 1 godzinę. Po tym okresie czasu będzie zastosowany uciskowy opatrunek na okolice oczu w celu zmniejszenia obrzęków i zasinień. Opatrunek ten będzie usunięty po paru godzinach ( 2-6 godzin ). Zazwyczaj obrzęk i zasinienia ustępują po około 2 tygodniach. Dolne powieki są obrzęknięte dłużej niż górne powieki. Wszystkie szwy są usuwane 4-7 dnia. Wąskie plastry znajdujące się na powiekach muszą pozostać nienaruszone do czasu usunięcia szwów i zwykle pozostają jeszcze przez parę dni.

### 2. Kontrola w klinice po 4-7 dniach.

3. Konieczne jest wysokie ułożenie głowy przez 48 godzin po operacji w celu zmniejszenia obrzęków. Proszę stosować opatrunki chłodzące w okolicy oczu w ciągu 48 godzin po operacji.
4. Nie zmieniaj opatrunków na powiekach aż do czasu usunięcia szwów.
5. Opatrunki mogą być usunięte jedynie w Klinice.
6. Proszę nie opuszczać głowy poniżej poziomu serca.
7. Nie myj włosów przez 4-5 dni.
8. Noś ubranie, które zapina się z przodu lub z tyłu. Unikaj ubrań zakładanych przez głowę.
9. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Gorąco może spowodować obrzęk powiek.
10. Zakaz wykonywania ćwiczeń fizycznych przez okres 2 tygodni.
11. Zakaz wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych przez okres 1 miesiąca.
12. Nie pływaj przez 1 miesiąc.
13. Soczewki kontaktowe można założyć 2-3 dni po operacji.
14. Na zasinione miejsca można stosować krem Auriderm XO 2-3 razy dziennie.
15. Po około 2 tygodniach na blizny proszę stosować preparat Cicaplast 2 razy dziennie.
16. Zakaz picia alkoholu przez 3 tygodnie po operacji.
17. 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 oraz data

.....  
Podpis Lekarza oraz data