



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE OPERACJI PLASTYKI POWIEK GÓRNYCH/DOLNYCH* OKA PRAWEGO/LEWEGO*

I. Opis choroby będące powodem kwalifikacji do operacji

Nadmiar skóry powiek, wiotkość tkanek, przepukliny tłuszczowe lub opadanie powiek mogą prowadzić do pogorszenia wyglądu estetycznego oraz ograniczenia pola widzenia. Objawy te mogą powodować uczucie ciężkości powiek, zmęczenie oczu, a także dolegliwości funkcjonalne, takie jak zawężenie pola widzenia i trudności w codziennym funkcjonowaniu.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, rodzaje znieczulenia i korzyści z operacji

Zabieg blefaroplastyki polega na chirurgicznym usunięciu nadmiaru skóry, tkanki tłuszczowej oraz ewentualnie fragmentów mięśnia w obrębie powiek. Cięcia wykonywane są w naturalnych załamaniach skóry powiek górnych lub tuż pod rzęsami powiek dolnych, co pozwala na ukrycie blizn.

Zabieg wykonywany jest zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym, niekiedy w połączeniu z krótkotrwałym dożylnym znieczuleniem ogólnym (sedacją).

Oczekiwane korzyści: zniesienie ograniczeń pola widzenia, zwiększenie komfortu widzenia, poprawa wyglądu powiek, odmłodzenie okolicy oczu, poprawa funkcji powiek.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Prosimy o zastosowanie się do następujących zaleceń pozabiegowych:

1. nieusuwanie plastrów, nici i opatrunków,

**niepotrzebne skreślić*



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

2. chłodzenie operowanych okolic,
3. stosowanie przepisanych maści i kropli do oczu,
4. unikanie wysiłku fizycznego, pochylania się i dźwigania przez okres około 1–2 tygodni,
5. ochrona oczu przed słońcem i wiatrem (np. noszenie okularów przeciwsłonecznych),
6. zgłaszanie się na wizyty kontrolne zgodnie z zaleceniami lekarza.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Alternatywami dla leczenia chirurgicznego mogą być metody nieoperacyjne, takie jak zabiegi laserowe, radiofrekwencja czy nici liftingujące. Metody te mogą poprawić napięcie skóry, ale nie usuwają nadmiaru tkanki w sposób trwały i mają ograniczoną skuteczność w porównaniu z blefaroplastyką.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Do możliwych powikłań należą:

1. krwiak i obrzęk powiek,
2. siniaki, ból i dyskomfort,
3. blizny, niekiedy przerostowe lub asymetryczne,
4. infekcja, rozejście się rany operacyjnej,
5. podrażnienie, suchość lub łzawienie oczu,
6. trudności w domykaniu powiek,
7. asymetria powiek,

rzadko: uszkodzenie struktur oka prowadzące do pogorszenia widzenia.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Ryzyko powikłań może być zwiększone u osób z chorobami ogólnoustrojowymi (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca), u pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe, cierpiących na choroby oczu (np. zespół suchego oka, jaskra), z tendencją do bliznowców, u osób palących papierosy oraz z zaburzeniami gojenia ran.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań [] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Większość pacjentów uzyskuje trwałą poprawę wyglądu i funkcji powiek. Efekt estetyczny utrzymuje się zwykle wiele lat, ale proces starzenia się skóry i tkanek podporowych postępuje. W rzadkich przypadkach może wystąpić utrzymująca się asymetria, bliznowacenie, konieczność reoperacji lub przewlekłe podrażnienie oczu.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Oddział Okulistyki

Wydanie I obow. od 03.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 03.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacji wiąże się z utrzymywaniem się dolegliwości estetycznych i/lub funkcjonalnych. Nadmiar skóry powiek i przepukliny tłuszczowe mogą się nasilać, powodując dalsze zawężenie pola widzenia, pogorszenie komfortu życia i trudności w wykonywaniu codziennych czynności.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. Proponowanej OPERACJI PLASTYKI POWIEK GÓRNYCH/DOLNYCH* OKA PRAWEGO/LEWEGO*

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej operacji plastyki powiek górnych/dolnych* oka prawego/lewego***.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Oddział Okulistyki

Wydanie I obow. od 03.02.2026 r. Zatwierdził: Z-ca Dyrektora ds. Medycznych w dniu 03.02.2026 r.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji plastyki powiek górnych/dolnych* oka prawego/lewego*.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji plastyki powiek górnych/dolnych* oka prawego/lewego*.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie operacji plastyki powiek górnych/dolnych oka prawego/lewego*. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne).*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji plastyki powiek górnych/dolnych* oka prawego/lewego*** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

czytelny podpis lekarza udzielającego

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie zaproponowanej operacji plastyki powiek górnych/dolnych* oka prawego/lewego***.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza