



.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Numer PESEL lub data urodzenia)

.....
(Numer tel. kom., adres e-mai)

INFORMACJA, ŚWIADOMA ZGODA, OŚWIADCZENIE, ZALECENIA - BLEFAROPLASTYKA

INFORMACJA

Rodzaj planowanego zabiegu:

Plastyka powiek górnych / Przepuklina tłuszczowa powiek górnych

Plastyka powiek dolnych / Przepuklina tłuszczowa powiek dolnych

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.

Zabieg plastyki powiek jest ambulatoryjnym postępowaniem chirurgicznym mającym na celu usunięcie nadmiaru skóry z powiek górnych i/lub dolnych. Tkanka tłuszczowa tworząca przepukliny tłuszczowe może być również usunięta. Zabieg poprawia nie tylko wygląd, ale także jakość życia codziennego, zwłaszcza u osób które mają znaczny nadmiar wiotkiej skóry na powiekach (wiotka skóra która leży na rzęsach). 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. Operacja powiek nie zatrzyma procesu starzenia. Zabieg ten ma jedynie na celu poprawę wyglądu poprzez zmniejszenie luźnej skóry w okolicy oczu.

Leczenie uzupełniające.

Uzyskanie poprawy napięcia skóry powiek oraz jej wyglądu 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 ablacyjnych zabiegów laserowych.

Celem proponowanego zabiegu jest: usunięcie nadmiaru skóry z powiek górnych i/lub dolnych. Tkanka tłuszczowa, tworząca przepukliny tłuszczowe może być również usunięta podczas tego zabiegu.

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.



Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

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 wygładzie twarzy, jej symetrii może także występować po operacji. Dodatkowa operacja może być konieczna w celu poprawy asymetrii.
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 skórę 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. **Uszkodzenie głębiej położonych struktur** - Podczas zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia głębiej położonych struktur takich jak nerwy, naczynia krwionośne, mięśnie. Uszkodzenia te są przejściowe.
4. **Problemy z „suchym okiem”** – Po operacji powiek może dochodzić do trwałych zaburzeń związanych ze zmniejszeniem produkcji łez. Występowanie tego powikłania jest niezwykle rzadkie. Osoby, które na codzień mają „suche oczy” muszą zdawać sobie sprawę z możliwości pogorszenia stanu oczu.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

4. **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. 6. Ektropion – Rzadkim powikłaniem jest odstawanie powieki dolnej od gałki ocznej. W celu korekcji tego powikłania może być konieczne wykonanie dodatkowej operacji.
5. **Niezwykłe rzadkie problemy związane z niecałkowitym domykanym szpary powiekowej** - tzw. „ekspozycja rogówki” i jej wysychanie może wymagać dodatkowej korekcji. 8. Niezadowolający efekt estetyczny po operacji powiek. Obejmuje on widoczne deformacje, utrata funkcji, rozejście się rany lub utrata czucia (bliznowacenie, keloid, pęknięcie szwów) Dodatkowa operacja może być konieczna w celu usunięcia tych powikłań. Konieczność wykonania powtórnej operacji często nie da się przewidzieć przed pierwotną operacją.
6. **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.
7. **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.
8. **Przedłużone gojenie** - Możliwe jest rozejście się rany lub przedłużone gojenie rany. Pacjentki palące papierosy, czy z cukrzycą mają większe ryzyko wystąpienia martwicy skóry lub komplikacji związanych z gojeniem się rany.
9. **Kontakty intymne po operacji** - Mogą powodować krwawienie lub powstanie krwiaka. Dodatkowo może dojść do powstania zasinień i obrzęków co przedłuży lub utrudni proces gojenia.
10. **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.
11. **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.
12. **Leki** - Po lekach przeciwbólowych nie wolno prowadzić samochodu, nie wolno podejmować ważnych decyzji, nie wolno pić alkoholu.
13. **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 przez 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 zakończenia procesu gojenia.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

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.

Ewentualne 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.

Ewentualna konieczność dodatkowego leczenia po zabiegu.

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.

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, 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 także zalecenia pooperacyjne.

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Rodzaj planowanego zabiegu:

Plastyka powiek górnych / Przepuklina tłuszczowa powiek górnych.

Plastyka powiek dolnych / Przepuklina tłuszczowa powiek dolnych.

Rodzaj planowanego znieczulenia: znieczulenie miejscowe powiek.

Ja niżej podpisana/y /imię i nazwisko/, na podstawie art.32-35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (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 **Pana Doktora Macieja Sznurkowskiego** i wybranym przez niego asystentom, planowanego i wyżej opisanego zabiegu chirurgicznego. Otrzymałam/em pełny zestaw informacji o zabiegu oraz zalecenia pozabiegowe.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

Ponadto oświadczam, że zostałam/em w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym, poinformowana/a:

1. o konieczności i sposobie przygotowania się do przeprowadzenia zabiegu, w tym o konieczności wcześniejszego zakończenia lub przerwania terapii jakiej jestem poddawana,
2. o rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulenia oraz przewidywanym wyniku,
3. o typowych, najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu,
4. o sposobie postępowania po przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, w tym o konieczności wdrożenia terapii farmakologicznej,
5. o typowych, najczęściej występujących powikłaniach wdrażanej terapii farmakologicznej,
6. o konieczności odbycia wizyt konsultacyjnych po przeprowadzeniu zabiegu,
7. o negatywnych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku ze spóźnionym zastosowaniem się do zaleceń lekarza,
8. o możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem oraz przebiegu gojenia, skutkach nie stosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie operacji powiek,
9. o 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 anatomii okolicy zabiegowej oraz reakcji skóry i całego organizmu na podane leki.

OŚWIADCZENIE

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, nieznane mojemu lekarzowi w czasie kiedy zabieg się rozpoczął.

Wyrażam zgodę na podanie mi zaproponowanych środków znieczulających, w tym na zasugerowane mi leczenie bólu pozabiegowego. Rozumiem iż wszystkie formy znieczulenia są obarczone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pozabiegowymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pozabiegowych, jak również do zgłaszania się na wskazane wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

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 zupełności 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.

ZALECENIA - BLEFAROPLASTYKA - POWIEKI GÓRNE I DOLNE

1. Zabieg plastyki powiek, którego istota polega na wycięciu nadmiaru wiotkiej skóry powiek, precyzyjnym nożem laserowym, trwa około 1,5 - 2,5 godziny
2. Po zakończeniu zabiegu otrzymasz następująca lekarstwa:
 - Antybiotyk (Cipronex / Duracef / Augmentin), dawkowanie: 2 tabletki bezpośrednio po zabiegu, następnie przez kolejne dni, 1 x tabletką rano i 1 x tabletką wieczorem.
 - Maść (Floxal), dawkowanie: smarować cieniutką warstwą ranę pozabiegową na powiekach, oraz wycisnąć dawkę maści do do worka spojówkowego. oka rano i przed snem) na ranę i do oka.
 - Krople Maxitrol, dawkowanie: 3-4 x dziennie (po 1 kropli co 4h).
3. Bezpośrednio po zabiegu, zalecany jest zimny okład (opatrunki chłodzące) okolicy oczodołów.
4. Zaleca się zaopatrzenie się w krem Auriderm XO lub żel Arnica, które należy stosować na zasinione miejsca.
5. Przez 48h po zabiegu konieczne jest wysokie ułożenie głowy, zarówno w ciągu dnia jak i podczas snu, w celu zmniejszenia obrzęków. Proszę nie opuszczać głowy poniżej poziomu serca.
6. Przez kolejne 7 dni po zabiegu, zaleca się stosowanie płynu Octanisept, w celu oczyszczania rany ze skrzepów i jej odkażania, zwilżonej gazikiem, przynajmniej 2 x dziennie.
7. Pierwsza wizyta kontrolna wyznaczana jest po upływie 8-12 dni po zabiegu. Celem tej wizyty jest usunięcie szwów i ocena postępu gojnia się ran pozabiegowych. Ponowna wizyta kontrolna jest zalecana po 4 tygodniach po zabiegu (w razie potrzeby, nieobowiązkowa).
8. Na dojrzewające blizny powiek NIE można stosować maści silikonowych ! Zalecam maść natłuszczającą, np. Linomagiem i maść oczyszczającą np. Iruxol Mono ale nie wcześniej niż po zdjęciu szwów (po 10 dniach) a najlepiej po 2 tygodniach od zabiegu. Stosować cienkie warstwy 2 razy dziennie (rano i przed snem).

Dr. Maciek Sznurkowski
Medical Aesthetic Expert
ms@drsznurkowski.com
mobile: +48 733 386 649



- * Medycyna estetyczna
- * Chirurgia kosmetyczna
- * Laseroterapia estetyczna
- * Medycyna regeneracyjna

9. Zazwyczaj obrzęk i zasinienia ustępują po około 2 tygodniach. Dolne powieki są obrzęknięte często nieco dłużej niż górne powieki.
10. Krem z filtrem UV 50 stosować 2 x dziennie na okolice oczodołowe oraz twarz (polecam krem w sztyfcie roll on dla dzieci z Deacathlon).
11. Całkowicie unikaj słońca i solarium przez 6 tyg. po zabiegu. Ekspozycja na promieniowanie UV skutkuje przebarwieniem blizn, a samo gorąco może spowodować obrzęk powiek.
12. Soczewki kontaktowe można założyć 2-3 dni po operacji.
13. Unikać wysiłków i intensywnych ćwiczeń fizycznych związanych głównie z podnoszeniem ciężarów przez okres 14 dni po zabiegu. Nie pływaj przez 1 miesiąc. Dopuszczone są lekkie ćwiczenia fizyczne kardio (spacery, rower) od 3 dnia po zabiegu.
14. Zakaz picia alkoholu przez 10 dni po zabiegu.
15. Stosuj jedynie leki i zalecenia przepisane przez lekarza. Nie przyjmuj leków na pusty żołądek.
16. Unikać wszystkich czynników, które mogą powodować wzrost ciśnienia krwi i powstanie krwawienia.

.....
podpis Pacjenta oraz data

7

.....
podpis Lekarza oraz data

