

Prof. dr med. dr h.c. Kazimierz Kobus
57-320 Polanica Zdrój
ul. Boczna 2A
tel.: 074 8681 434
fax.: 074 8690 620
e-mail: k.kobus@chir-plast.pl
chirurgia-plastyczna-kobus.pl

Nazwisko i Imię Zawód..... wiek.....
Adres.....
Dowód osobisty.....
Wzrost.....waga.....Tętno.....Ciśnienie krwi.....

Choroby Przebyte

serce/płuca	choroby wątroby/żółtaczką	skazy krwotoczne
nadciśnienie	choroby nerek	zaburzenia psychiczne
cukrzyca	jaskra	operacje/narkozy
astma oskrzelowa	choroby uczuleniowe	inne

leki / używki

nasercowe	aspiryna	nasenne
nitrogliceryna	p/krzepliwe	uspokajające
steroidy	p/bólowe
alkohol	papierosy...../dz.	

badania (załączyć)

morfologia	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	mocz
grupa krwi	EKG	OB.
protrombina	płytki krwi	

Foto 6x9 cm (en face i profil)

Rozpoznanie:.....

INFORMACJA DLA PACJENTÓW

1. Przeziębienie, opryszczka, ropne wykwity, stany zapalne zębów i jamy ustnej, uszu itp. oraz menstruacja, stanowią przeciwwskazanie do operacji.
2. Zaleca się zaprzestanie ew. palenia papierosów na 2-3 mies. przed leczeniem operacyjnym / m. in. groźba martwicy skóry.
3. Należy odstawić stosowanie aspiryny i leków przeciwkrzepliwych na tydzień przed operacją.
4. Nie należy przymawać pokarmów na 4 godziny przed operacją w znieczuleniu miejscowym i na 5 godzin przed operacją w znieczuleniu ogólnym.
5. Przed operacją należy wziąć natrysk, umyć głowę, usunąć ślady wszelkich kosmetyków i usunąć biżuterię.
6. Po operacji należy ściśle stosować się do zaleceń lekarza lub pielęgniarki. W żadnym przypadku nie należy przyjmować leków (np. p. bólowych) na własną rękę.
7. Najczęstsze powikłania : reakcje uczuleniowe, krwiaki, zakażenia ran, martwica skóry, asymetria, uszkodzenie gałązek nerwu twarzowego, wywinięcie powiek, niedomykalność szpar powiekowych, przerostowe i poroziągane blizny.
8. Blizny pooperacyjne mają charakter stały i nie można ich usunąć.
9. Zalecane przebycie szczepień przeciwko żółtacze zakaźnej.

Niniejszym wyrażam zgodę na zabieg operacyjny
.....
.....

zostałam/em szczegółowo poinformowana/y o rodzaju, rozległości i charakterze operacji oraz o wszelkich powikłaniach zarówno wczesnych, jak i odległych.

Równocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie fotografii i przeźroczy do publikacji i demonstracji medycznych.

Podpis pacjenta

- Pisemna zgoda na operację oznacza pełne zrozumienie jej istoty i rozległości oraz istniejącego zawsze ryzyka powikłań.
- W razie jakichkolwiek wątpliwości oraz w sprawach nie ujętych w w/w informacjach wskazany jest kontakt osobisty, listowny lub telefoniczny.