

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**PLASTYKA POWIEK – ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY WRAZ Z INFORMACJAMI DODATKOWYMI**

WAŻNE: Niniejszy dokument napisany jest w celu poinformowania pacjenta o zabiegu korekcji obwisłości skóry powiek, ryzyku zabiegu operacyjnego oraz innych, alternatywnych metodach leczenia. Bardzo ważne jest, aby Pan/Pani przeczytał/-a te informacje dokładnie i do końca.

Informacje ogólne - charakterystyka operacji powiek:**A) 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.

B) Leczenie alternatywne:

Alternatywne postępowanie może polegać na niewykonywaniu 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 związane jest także pewne ryzyko i powikłania.

C) Celem proponowanego zabiegu jest:**D) 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.
- 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.

E) Czynniki ryzyka związane z operacją obwisłości skóry powiek:

Każde leczenie operacyjne obejmuje pewną ilość czynników ryzyka i bardzo ważne jest 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. Utraty wzroku nie da się przewidzieć wcześniej.

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, utratę funkcji, rozejście się rany lub utratę 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. Osoby 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 niezmiennie rzadko i związany jest z dużą utratą objętości krwi. Wymaga natychmiastowego leczenia.

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.

F) Powikłania z winy pacjenta – mogą mieć miejsce w następujących przypadkach:

1. Niestosowania się pacjenta do zaleceń pooperacyjnych.

2. Niezgłaszania się na wizyty kontrolne.

3. Nieprzestrzegania odpowiedniej diety.

4. Powstrzymywania się od wykonywania niektórych czynności.

G) Możliwe postępowanie towarzyszące zabiegowi oraz okoliczności je uzasadniające:

W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do sytuacji wymagającej zastosowania dodatkowej procedury postępowania nieuzgodnionej przed zabiegiem z pacjentem. Wystąpienie komplikacji w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym może spowodować konieczność wykonania dodatkowych zabiegów nieomawianych wcześniej z pacjentem.

H) 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.

I) Zastrzeżenia Pacjenta/Pacjenta:

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

Oświadczam, że Pan Paweł Poniatowski, specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej, przeprowadził ze mną w dniu..... o godzinie.....rozmowę dotyczącą postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Podczas rozmowy miałam/-em 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/-em zalecenia pooperacyjne.

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG CHIRURGICZNY LUB LECZENIE

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyrażam zgodę na wykonanie przez Pawła Poniatowskiego i wybranych przez niego asystentom, planowanego, niżej opisanego zabiegu chirurgicznego.

Zabieg chirurgiczny - plastyka powiek

Lekarz prowadzący: Paweł Poniatowski

Oświadczam, że udzieliłam/-em wyczerpujących i prawdziwych informacji o moim stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**

- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**

- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałam pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Zabieg będzie polegać na:

.....
Rodzaj planowanego znieczulenia:

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwężadłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowany/-a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia (jeśli nie występują, prosimy wpisać "brak"):

Otrzymałam/-em następujący zestaw informacji:

- świadoma zgoda na operację powiek;

- wywiad chorobowy;

- świadoma zgoda na znieczulenie;

- zalecenia pooperacyjne.

Oświadczam, że udzieliłam/-em wyczerpujących i prawdziwych informacji o stanie mojego zdrowia, przebytych chorobach oraz stosowanych lekach, zgodnie z wypełnionym samodzielnie wywiadem chorobowym.

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/-y;

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;

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 niestosowania się do zaleceń lekarza, zgodnie z Informacją w zakresie operacji powiek;

9. kosztach zabiegu i leczenia, które akceptuję.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści niniejszej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie dodatkowych informacji, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyrażam zgodę na opisany zabieg. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

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), 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 miejscu uwzględnia 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 pooperacyjnego. Rozumiem, iż wszystkie formy znieczulenia są obciążone pewnym stopniem ryzyka i możliwością komplikacji, urazu a czasami także śmierci.

Oświadczam, że zapoznałam się z zaleceniami przed- i pooperacyjnymi. Niniejszym zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń lekarskich, w tym do zaleceń pooperacyjnych, które zostaną mi przedstawione na piśmie po dokonaniu zabiegu, 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 zupełności wystarczający, abym mogła/mógł w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

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.

Oświadczam, że wskazaną przeze mnie osobą do kontaktu jest:

Osoba ta ma pełne prawo do pozyskiwania informacji na temat planowanego zabiegu, stanu mojego zdrowia i rokowania oraz ma pełne prawo do pobierania kopii, odpisów i wyciągów z mojej dokumentacji medycznej.

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

POOPERACYJNE ZALECENIA PO ZABIEGU KOREKTY POWIEK:

1. Zabieg korekty obwisłości powiek będzie trwał około 1 godzinę. Po tym okresie czasu będzie zastosowany uciskowy opatrunek na okolicę 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 tygodni 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 i pieczęć lekarza denty

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna