Информационная поддержка www.beautymed.ru

Приложение к договору №_____
от «____» _____ 200__ г.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникать при данном виде лечения.

1. Я, _____,
в соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья…», ст. 10 Закона РФ «О защите прав потребителей», получил(а) в понятной для меня форме всю интересующую меня информацию о медицинских услугах и уполномочиваю доктора (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию известную как пластика передней брюшной стенки.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативного лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

а) на передней брюшной стенке останутся рубцы (горизонтальный, а иногда и вертикальный); точные характеристики этих рубцов не могут быть определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания.

б) некоторые участки брюшной стенки могут потерять нормальную чувствительность временно, а в некоторых случаях постоянно;

в) отек тканей живота и кровоизлияния (синяки) сохраняются в течение 3 – 4 недель;

г) после операции останется циркулярный рубец вокруг пупка;

д) форма пупка может измениться.

3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений характерных для данной операции:

а) возможно скопление тканевой жидкости или крови под кожей живота, что может потребовать постановки дренажей или удаления жидкости с помощью шприца;

б) если на брюшной стенке уже выполнялись операции и имеются послеоперационные рубцы, в некоторых случаях повышается опасность нарушения питания краев кожной раны; это может потребовать проведения дополнительной кожной пластики и других повторных операций;

в) в научной литературе описаны случаи развития после абдоминопластики таких осложнений, как эмболия легочной артерии, в том числе со смертельным исходом;

г) при значительной толщине подкожной жировой клетчатки в верхних отделах живота их перемещение с наложением швов может привести к образованию утолщения (валика) выше линии швов. Для его устранения может потребоваться дополнительная операция.

ФИО

Я, _____ , уполномочиваю Врача выполнить любую другую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в связи с абдоминопластикой, а также при возникновении других непредвиденных ситуаций.

4. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.

5. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме:

_____.
(указать наименование медикаментов)

Я удостоверяю, что Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию и соответствующее лечение, а также на выполнение всех других манипуляций, необходимых для оказания мне услуг, предусмотренных Договором.

Дата: «____» _____ 200 __ г. Пациент: _____ _____
подпись Фамилия и инициалы

Дата: «____» _____ 200 __ г. Хирург: _____ _____
подпись Фамилия и инициалы