

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЛАСТИКИ
ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

Цель данного документа – предоставить пациенту до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть 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 пластики грыжи 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; их точные характеристики 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 форма пупка может измениться.

3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбоз, тромбоз вен, 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 герниопластики таких осложнений, как эмболия легочной артерии, в том числе со смертельным исходом;

г) при лапароскопической герниопластике возможны осложнения характерные для лапароскопических операций, в том числе повреждение внутренних органов. Для их устранения может потребоваться дополнительная операция;

д) мне разъяснено, что после натяжной герниопластики риск рецидива (повторного появления грыжи) составляет около 10%.

Я, _____, уполномочиваю Врача выполнить любую другую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в связи с операцией, 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 _____

