

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОПРОТЕЗОВ

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 увеличения молочных желез с помощью эндопротезов (эндопротезирование).

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью поняла.

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

а) операция направлена на увеличение молочных желез, однако ее отдаленные результаты зависят от многих факторов и не могут быть заранее определены на много лет вперед;

б) многолетними исследованиями доказано, что материал, помещаемый в ткани для увеличения объема молочных желез, не вызывает со временем злокачественного роста тканей или увеличения частоты развития других заболеваний;

в) форма груди зависит от многих факторов, и операция, как правило, не может привести к созданию идеальной формы;

г) после операции на месте разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процесс формирования рубцов индивидуален;

д) после купания в холодной воде температура молочных желез в течение некоторого времени может быть ниже, чем температура других частей тела;

е) беременность не рекомендуется, по крайней мере, в течение 6 мес. после операции;

ж) в редких случаях после операции может наступить снижение чувствительности, и даже онемение соска, ареолы и окружающей их кожи молочной железы;

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

а) у некоторых пациентов с тонкой кожей могут ощущаться края протезов; вероятность этого связана и с конструкцией протезов;

б) в незначительном проценте случаев существует возможность того, что ткани организма не переносят материал имплантата, что может потребовать удаления протезов;

в) В 3 – 5% случаев грудь со временем может стать более плотной в результате образования более грубой капсулы (рубцовой оболочки) вокруг протеза и развития капсулярной контрактуры (утолщение и сжатие рубцов вокруг протеза). Это состояние может вызвать дискомфорт, и даже боль и потребовать проведения повторной операции (рассечение рубцов с установкой того же или нового протеза);

г) вокруг протезов могут возникать послеоперационные скопления крови или развиваться нагноение; это может потребовать проведения дополнительных операций.

4. Я понимаю, что практическая хирургия – это не точная наука и что даже авторитетный специалист не может дать 100 % гарантию успеха лечения. Поэтому Врач, так же как и любой другой хирург, не может мне гарантировать достижение отличного результата.

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

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