Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ГОЛЕНЕЙ СИЛИКОНОВЫМИ ИМПЛАНТАНТАМИ.

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 контурную пластику голеней с помощью силиконовых имплантантов.

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 контурную пластику голеней, 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 не вызывает со временем злокачественного роста тканей или увеличения частоты развития других заболеваний;

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

г) после купания в холодной воде температура голеней в течение некоторого времени может быть ниже, чем температура других частей тела;

д) в редких случаях после операции может наступить снижение чувствительности, и даже онемение кожи голени.

3. После операции возможно развитие любых обще хирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, 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 голени со временем могут стать более плотными 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 развиться нагноение; это может потребовать проведения дополнительных операций.

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