Информационная поддержка www.beautymed.ru

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ

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, _____,
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 удаление инородного тела (полиакриламидного геля) из мягких тканей _____.

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов 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) в зоне операции возможны неприятные, и даже болевые ощущения, которые усиливаются при движении и физической нагрузке;

б) в зоне операции могут образоваться уплотнения, которые постепенно уменьшаются и исчезают в течение нескольких месяцев;

в) в результате образования каналов в мягких тканях там скапливается кровь и тканевая жидкость, которые постепенно рассасываются; возникают кровоподтеки, которые исчезают в течение 2-4 недель;

г) существует вероятность того, что в результате операции контуры тела и поверхность кожи могут стать неровными; эти изменения могут устраниться в течение нескольких месяцев, а иногда остаются навсегда;

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

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 развитие распространенного воспаления, для лечения которого может потребоваться дополнительное нанесение разрезов кожи в оперированной области;

б) в литературе описаны случаи развития инфекции со смертельным исходом.

4. 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%. Я понимаю, что полностью удалить полиакриламидный гель из мягких тканей не возможно.

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