ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Данный документ подтверждает согласие на оказание медицинской услуги и содержит всю необходимую информацию о проводимой операции, особенностях послеоперационного периода и возможных осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я, _____ ,

даю согласие на проведение операции

АБДОМИНОПЛАСТИКА (ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ)

хирургу _____ и его ассистентам.

1. Я подтверждаю, что мне объяснены и полностью понятны варианты анестезии, используемой во время операции, а также возможные осложнения, связанные с ними.
2. Я подтверждаю, что мне объяснены и полностью понятны содержание, характер и результаты операции, а также возможности альтернативных методов лечения.
3. Я подтверждаю, что мне объяснены и полностью понятны особенности и возможные осложнения послеоперационного периода:
    - отеки тканей передней брюшной стенки и изменение цвета кожи, а также кровоизлияния (синяки) сохраняются в течение 3-4 недель после операции;
    - на передней брюшной стенке остаются рубцы (горизонтальный, а иногда и вертикальный), точные характеристики этих рубцов не могут быть четко определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания;
    - в случае перемещения пупка вокруг него остается циркулярный рубец, форма пупка может измениться.
    - при наличии на передней брюшной стенке послеоперационных рубцов повышается опасность нарушения питания краев кожной раны, что может привести к ее длительному заживлению, формированию неэстетичных рубцов, и потребовать дополнительной кожной пластики и других операций;
    - некоторые участки брюшной стенки могут временно утратить нормальную чувствительность, в редких случаях нарушение чувствительности может стать постоянным;
    - в зоне отслойки кожи под ней может скапливаться тканевая жидкость или кровь, для удаления которых может потребоваться повторная операция;

- при значительной толщине подкожно-жировой клетчатки в верхних отделах живота, в результате ее перемещения при натяжении кожи, над послеоперационным рубцом может образоваться утолщение в виде валика, для устранения которого может потребоваться дополнительная операция;
- существует вероятность развития общехирургических осложнений (кровотечение, нагноение раны, расхождение швов, образование келлоидных рубцов, тромбофлебит, тромбоэмболия легочной артерии, в т.ч. с летальным исходом);
- оценка результатов операции проводится не ранее, чем через 3 месяца после хирургического вмешательства.

4. Я осведомлен(-а), что пренебрежение рекомендациями, данными мне врачом, может привести к осложнениям и ухудшению эстетического результата операции.
5. Я осознаю, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и они не могут расцениваться как последствия некачественно проведенной операции, поэтому гарантирую оплату за их устранение.
6. Я информирую о своей непереносимости медицинских препаратов:

   _____

   _____

7. Я понимаю, что хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата.
8. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.
9. Мне разъяснено, что в некоторых случаях в ходе выполнения операции, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций и иных лечебных мероприятий. Я доверяю медицинским работникам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые будут необходимы для установления или уточнения моего диагноза, улучшения моего состояния.
10. Я разрешаю делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим лечением, и использовать их в научных и образовательных целях.
11. Я удостоверяю, что ознакомился(-ась) с приведенной выше информацией, понимаю назначение данного документа и полученные объяснения меня полностью удовлетворяют.
12. Подписанием настоящего документа я выражаю свой сознательный выбор и добровольное согласие на проведение операции и иных необходимых медицинских действий.

Дата: _____ /_____ / 20_____ г. *Подпись пациента: _____*