



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

ГЛЮТЕОПЛАСТИКА

(КОРРЕКЦИЯ КОНТУРОВ ЯГОДИЦ С ПОМОЩЬЮ ИМПЛАНТОВ)

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. После обсуждения хода операции и ожидаемого результата для аугментации ягодич были выбраны следующие импланты:

4. Я подтверждаю, что мне объяснены и полностью понятны особенности и возможные осложнения послеоперационного периода:
 - в местах разрезов кожи остаются рубцы, точные характеристики этих рубцов не могут быть четко определены до операции в связи с индивидуальными особенностями процессов рубцевания;
 - отеки тканей и изменение цвета кожи, а также кровоизлияния (синяки) могут сохраняться в течение 3-4 недель после операции;
 - окончательная форма ягодич зависит от многих факторов, поэтому операция не может гарантировать получение идеального результата;
 - отдаленные результаты операции не могут быть точно предсказаны на много лет вперед;
 - материал имплантов не вызывает злокачественного роста тканей или увеличения частоты развития других заболеваний;

- в редких случаях после операции может наступить временное снижение чувствительности кожи в области разрезов и проекции имплантов, крайне редко нарушения чувствительности остаются навсегда;
 - у пациентов с тонкой кожей и невыраженной подкожно-жировой клетчаткой могут ощущаться края имплантов;
 - после купания в прохладной воде температура ягодиц в течение некоторого времени может быть ниже, чем температура других тканей тела;
 - существует вероятность индивидуальной непереносимости материала имплантов, что может потребовать их удаления.
 - в послеоперационном периоде вокруг импланта может скопиться кровь или серозная жидкость, для удаления которых потребуется дополнительное хирургическое вмешательство;
 - в послеоперационном периоде противопоказаны внутримышечные инъекции в ягодичную область;
 - существует вероятность развития общехирургических осложнений (кровотечение, нагноение раны, расхождение швов, образование келоидных рубцов, тромбофлебит, тромбоэмболия);
 - оценка результатов операции проводится не ранее, чем через 3 месяца после хирургического вмешательства.
5. Я осведомлен(-а), что пренебрежение рекомендациями, данными мне врачом, может привести к осложнениям и ухудшению эстетического результата операции.
6. 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.
7. Я информирую о своей непереносимости медицинских препаратов:
-
-
8. Я понимаю, что хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата.
9. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.
10. 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.
11. Я разрешаю делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим лечением, и использовать их в научных и образовательных целях.

12. Я удостоверяю, что ознакомился(-ась) с приведенной выше информацией, понимаю назначение данного документа и полученные объяснения меня полностью удовлетворяют.
13. Подписанием настоящего документа я выражаю свой сознательный выбор и добровольное согласие на проведение операции и иных необходимых медицинских действий.

Дата: ____ / ____ / 20 ____ г.

Подпись пациента: _____