

Информированное согласие пациента на операцию на наружных половых органах.

Вы, как пациент «Центра косметологии и пластической хирургии», имеете право получить информацию о Вашем состоянии и рекомендуемой хирургической, лечебной и диагностической процедуре, с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную процедуру, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту процедуру.

Я, _____,
добровольно прошу хирурга _____ как моего врача, а привлекаемых по его усмотрению необходимых специалистов и персонал, провести следующие процедуры: _____

Я добровольно даю согласие на проведение необходимого по усмотрению врача общего и дополнительного клинического обследования при подготовке к операции и иным планируемым процедурам.

Мне понятна суть и характер указанных выше процедур.

Я даю согласие на проведение анестезии, методом, способом и с применением препаратов по усмотрению моего врача и анестезиолога. Я понимаю, что могут возникать побочные реакции на средства, используемые при проведении анестезии, операции и послеоперационного лечения.

Я сообщаю врачу об известных мне аллергических реакциях: _____

Я сообщаю врачу обо всех имеющихся, перенесенных и выявленных у меня заболеваниях: _____

И Я сообщаю о своих вредных привычках: _____
о применяемых мною медицинских препаратах: _____

Я сообщаю врачу обо всех сделанных мною ранее эстетических коррекциях: _____

Я понимаю, что во время операции могут быть выявлены дополнительные или иные нарушения здоровья, которые потребуют дополнительных или иных процедур, чем те, что были запланированы. Я уполномочиваю моего врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

Мне разъяснено врачом, что им и привлекаемыми им специалистами будут предприняты усилия на основе использования высококачественной медицинской техники и эффективных препаратов для надлежащего выполнения заказанных мной процедур.

Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что по заказанным мной манипуляциям существует риск не достижения или неполного достижения желаемого результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

Я понимаю, что при проведении запланированных хирургических, лечебных и/или диагностических процедур существуют риски и опасности для моего здоровья.

Я осознаю, что при проведении хирургических, лечебных и/или диагностических процедур не исключена возможность инфекции, тромбоэмболии, жировой эмболии, анемии, кровотечения, аллергических реакций, смерти и иных неблагоприятных последствий. Я также понимаю, что возможны следующие осложнения и побочные явления в связи с заказанными мной процедурами:

- послеоперационная инфекция;

- послеоперационное кровотечение;
 - деформация мягких тканей;
 - неврологические нарушения;
 - неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, что может быть связано с особенностью моего организма;
 - временная отечность, образование локальных инфильтратов, внутритканевых гематом, асимметрий;
 - онемение (снижение или потеря чувствительности) или, наоборот, болезненность отдельных зон, в течение неопределенного времени;
 - скопление тканевой жидкости или крови в области операции, что может потребовать дренирования;
 - уплотнение мягких тканей, которое может сохраняться до трех месяцев;
 - снижение эластичности кожи
 - изменение цвета кожи
 - временное или постоянное нарушение чувствительности;
 - неудовлетворительные эстетические результаты;
- а также и иные последствия, не известные ранее и не перечисленные выше.

Мне разъяснено, что курение, применение некоторых медицинских препаратов и определенные системные заболевания (сахарный диабет, бронхиальная астма и пр.) могут привести к развитию осложнений общего и местного характера.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных хирургических, лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

Я обязуюсь выполнять рекомендации врача, а также рекомендации, изложенные в полученной мной памятке, не проводить самолечения.

Мне понятна информация относительно заказанных мной процедур, доведенная до меня на консультации, и мне была предоставлена возможность обсудить, уточнить, получить ответы на все вопросы по этой информации.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы относительно запланированных процедур, альтернативных форм лечения, риска не проведения процедур, и риска и опасности для здоровья, связанных с проведением предстоящих процедур. Меня предупредили о рисках эстетического результата, связанного с индивидуальными особенностями моего организма.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение хирургических, лечебных и диагностических процедур.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно. Памятка о рекомендуемом поведении в послеоперационный период мной получена, прочитана, мне разъяснена и понятна.

« ____ » _____ 20__ __ года

(подпись пациента – фамилия, имя, отчество полностью)

Врач: _____ (_____)