

Согласие пациента на операцию блефаропластика

1. Я, (ФИО) _____

Уполномочиваю доктора _____

(далее, Врача) выполнить мне блефаропластику верхних и нижних век

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 могут образоваться уплотнения, которые постепенно уменьшаются и исчезают в течение нескольких месяцев;

б) после любой операции возможны неприятные, и даже болевые ощущения, которые усиливаются _____ при _____ движении _____ и _____ физических _____ нагрузках;

в) в результате возникают кровоподтеки, которые исчезают в течение 2 - 4 недель;

г) в некоторых случаях возможно сохранение отечности тканей, асимметрии в области век

д) Я осознаю, что непосредственный результат проведения блефаропластики, не ранее, чем через 3 месяца, а окончательный – не ранее, чем через 6 месяцев после вмешательства.

3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоз эмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:

В очень редких случаях возможно развитие распространенного воспаления, для лечения которого может потребоваться дополнительное нанесение разрезов кожи в оперированной области; в литературе описаны случаи развития инфекции со смертельным исходом.

4. Я понимаю, что хирургия - это не точная наука и что даже опытный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.

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

6. Мне неизвестно о моей повышенной чувствительности к медикаментам, кроме _____

Я удостоверяю, что Я ознакомилась (ознакомился) с приведенной выше информацией, что полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию.

Пациент: _____

Дата: _____

Расписка пациента (пациентки) о понимании его (ее) личной ответственности за результаты лечения

Я, _____ после предварительных бесед с врачами Центра полностью понимаю, что при соблюдении мной их рекомендаций и требований можно ожидать наилучших результатов операции и минимального риска развития осложнений. Я также предупрежден(а) врачами Центра о возникновении потенциальной опасности для моего здоровья (жизни) в следующих случаях:

- при неполном информировании мной врачей о моих медицинских проблемах, в том числе имевших место в прошлом (перенесенные заболевания _____, повышенная чувствительность к лекарствам _____, ухудшение самочувствия перед операцией и др.);

- при нарушении категорического запрета на курение до и в течение 4 недель после операции (а в некоторых случаях и на более длительный срок);

- при нарушении данных мне указаний и рекомендаций, в том числе:

а) о подготовке к операции (ограничения в приеме пищи, прием назначенных врачом Центра лекарств, отказ от приема других медикаментов и др.);

б) о режиме поведения после операции и после выписки из клиники (соблюдение постельного режима, режима движений, сроков выхода на работу; ограничение ходьбы, нагрузки на конечность, ограничения в сексуальных отношениях и др.);

Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных и (или) общих осложнений или даже стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведения повторных операций.

Я признаю, что, если это произойдет по моей вине, я несу за это личную ответственность (в том числе материальную).

Пациент: _____ Дата: _____