

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПОДТЯЖКА С ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

1. Я \_\_\_\_\_, в 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 и уполномочиваю доктора (далее Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию подтяжку с эндопротезированием молочных желез.

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 лечения:

а) операция направлена на улучшение внешнего вида груди, однако ее отдаленные результаты зависят от многих факторов и не могут быть заранее определены на несколько лет вперед;

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

в) в течение около 30 дней после операции необходимо соблюдение ограничений по физической нагрузке, это поможет избежать ряда осложнений.

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

а) подкожные серомы и гематомы;

б) внутрикожные кровоизлияния (синяки) и отеки;

в) нарушение чувствительности в области соска и ареолы;

г) умеренная асимметрия молочных желез;

д) смещение имплантов;

е) частичный некроз лоскута и (или) сосково-ареолярного комплекса.

4. Я понимаю, что пластическая хирургия – неточная дисциплина и что даже авторитетный специалист не может дать 100% гарантию успеха лечения. Поэтому врач, также как и другой хирург, не может мне гарантировать достижение отличного результата.

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

6. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к медикаментам кроме:

\_\_\_\_\_ (указать наименование препаратов)

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 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Пациент: \_\_\_\_\_  
(подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. Врач (хирург): \_\_\_\_\_  
(подпись)