

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТКИ НА ОПЕРАЦИЮ  
ЛИПОФИЛИНГ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Цель данного документа - предоставить пациентке до подтверждения ею согласия на операцию, полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Хирург обязан предоставить исчерпывающую информацию о ходе оперативного вмешательства, особенностях послеоперационного периода и возможности возникновения осложнений. Пациентка подтверждает свое согласие на хирургическое вмешательство, после получения ответов на все возникшие у нее вопросы.

**1. Я, \_\_\_\_\_ пациент**

подтверждаю свое согласие на выполнение мне операции уменьшение молочных желез хирургом:  
**фио хирурга** (далее Хирург) и его ассистентами.

**2.** Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Хирургом, и я их полностью поняла.

**3.** Обязуюсь полностью выполнять все указания Хирурга, своевременно сообщать о неприятных ощущениях в области ран, а также добросовестно являться на контрольный осмотр:

- На 7-14 день после оперативного вмешательства или по назначению Хирурга;
- Через 1 и 2 месяца после операции;
- При возникновении каких-либо осложнений, прочих причин.

**4.** Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

- Сразу после операции накладывается повязка, которая сохраняется 2-3 недели;
- Швы снимаются через 14 дней после оперативного вмешательства;
- В послеоперационном периоде необходимо избегать прямого попадания ультрафиолетовых лучей на рубцы до полного их созревания (обеления);
- Начинать занятия спортом, допускать серьезные физические нагрузки и работу в наклон можно не раньше, чем через 1-2 месяца после хирургического вмешательства, в этот же период противопоказаны прием значительных доз алкоголя, сауна и интенсивные сексуальные контакты;
- Принимать душ и посещать баню только с разрешения Хирурга;
- Первоначальный результат (как после любого хирургического вмешательства) оценивается через 1-1,5 месяца, окончательный – спустя несколько месяцев;
- При любом хирургическом вмешательстве существует риск инфекции, гематомы, изменения чувствительности, послеоперационных болей, а также медленного заживления хирургической раны. Риск медленного заживления хирургической раны особенно велик, если пациентка курит.
- К неудовлетворительным косметическим результатам можно отнести: деформацию рубца.

**5.** Я понимаю, что практическая хирургия – это не точная наука, и что даже авторитетный специалист не может дать стопроцентную гарантию успеха лечения. Поэтому Хирург, также как и любой другой врач, не может мне гарантировать достижение отличного результата.

**6.** Я сообщала Хирургу обо всех перенесенных и имеющихся у меня хронических заболеваниях, а также отметила непереносимость следующих лекарственных веществ:

7. Представленная выше информация мною прочитана и понята. Я отдаю себе отчет в том, что риск, связанный с операцией и послеоперационным периодом невозможно полностью предсказать, даже когда речь идет о лучшем медицинском производстве, технологии и работе хирургов, и я принимаю все эти условия и ограничения. Моему врачу известны все данные моей медицинской карты, включая все и всякие подробности, которые могут служить противопоказаниями к хирургической имплантации. Я понимаю, что утаивание мною подобной информации может привести к нежелательным последствиям в ходе операции или в послеоперационный период. Я по-прежнему считаю, что преимущества, которые мне дадут имплантаты грудной железы, преобладают над риском, о котором меня проинформировали. Приняв данное решение, я несу полную ответственность за сделанный мною выбор в пользу имплантатов грудной железы.

**Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию.**

Пациент:

*пациент*  
ФИО

\_\_\_\_\_ подпись

**27.08.2018**  
число