

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КОЖНОГО (ПОДКОЖНОГО) ОБРАЗОВАНИЯ.

Ф.И.О.пациента:

1. Я уполномочиваю доктора _____ (далее - Врача) выполнить мне оперативное удаление кожного (подкожного) образования.
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) после операции развивается отек и изменяется цвет кожи; в редких случаях изменение цвета кожи сохраняется на длительный срок (несколько недель);
 - б) разрезы кожи выполняются в области подкожного новообразования, заживление происходит с образованием тонкого рубца, через несколько месяцев после операции эти рубцы становятся практически незаметными, однако при очень внимательном рассмотрении их можно обнаружить;
3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции:
- а) образование гипертрофического или келоидного рубца.
4. Я понимаю, что хирургия — это не идеально математически рассчитанная специальность и что даже опытный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.
- 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.

Дата: _____

Подпись: _____