

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ РУБЦА.

Ф.И.О.пациента:

---

1. Я уполномочиваю доктора \_\_\_\_\_ (далее — Врача) выполнить мне хирургическую коррекцию рубца.

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 рубца и заживают с образованием тонкого рубца, по длине большего предыдущего; 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: 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: \_\_\_\_\_