**Согласие пациента на операцию по коррекции формы голеней с помощью эндопротезов.**

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

Ф.И.О.Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Я уполномочиваю доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию по коррекции формы голеней (увеличение объема внутренней части голени) с помощью эндопротезов (эндопротезирование).

2. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью поняла. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода: а) операция направлена на коррекцию формы голеней однако ее отдаленные результаты зависят от многих факторов и не могут быть заранее определены на много лет вперед; б) многолетними исследованиями доказано, что материал, помещаемый в ткани для увеличения объема внутренней поверхности голеней, не вызывает со временем злокачественного роста тканей или увеличения частоты развития других заболеваний; в) форма голеней зависит от многих факторов, и операция, как правило, не может привести к созданию идеальной формы; г) после операции на месте разрезов остаются постоянные рубцы; их качество не может быть в полной мере предсказано, так как процессы формирования рубцов индивидуальны; д) после купания в холодной воде температура голеней  в течение некоторого времени может быть ниже, чем температура других тканей тела;

3. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений, характерных для данной операции: а) у некоторых пациентов с тонкой кожей могут ощущаться края протезов; вероятность этого связана и с конструкцией протезов; б) в незначительном проценте случаев существует возможность того, что ткани организма не переносят материал импланта, что может потребовать удаления протезов; в) в 3 - 5% случаев голени со временем могут стать более плотными в результате образования более грубой капсулы (рубцовой оболочки) вокруг протеза и развития капсулярной контрактуры (утолщение и сжатие рубцов вокруг протеза); это состояние может вызвать дискомфорт и даже боль и потребовать проведения повторной операции (рассечение рубцов с установкой того же или нового протеза); r) вокруг протезов могут возникать послеоперационные скопления крови или развиваться нагноение; это может потребовать проведения дополнительных операций. д) Оболочка имплантата изготовлена из прочного силиконового эластомера, однако, в результате сильного давления или удара, а также по неустановленным причинам в некоторых случаях бывают разрывы оболочки, что требует удаления имплантата. Повторная операция по установке имплантатов возможна через некоторый срок, который индивидуален.

4. Я понимаю, что практическая хирургия это не точная наука и что даже авторитетный специалист не может дать стопроцентную гарантию успеха лечения. Поэтому Врач, так же как и любой другой хирург, не. может мне гарантировать достижение отличного результата.

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 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.**

**Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                          Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**