***СОГЛАСИЕ ИНФОРМИРОВАННОЙ ПАЦИЕНТКИ НА ОПЕРАЦИЮ ПОДТЯЖКИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:***

1. Содержание и вероятные результаты операции, возможные опасности и осложнения , а также перспективы использования альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью поняла. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об осложнениях послеоперационного периода:

 а) После операции на коже останутся постоянные рубцы. Их качество не может быть в полной мере предсказано до операции , т.к. процессы формирования рубцов имеют индивидуальных характер .

б) У абсолютного большинства женщин имеются различия в положении молочных желез, их объеме , диаметре и форме ареол и сосков. К тому же контуры груди зависят от формы и размеров грудной клетки , тканевых характеристик и пр. . Поэтому операция не может привести к созданию полностью симметричных молочных желез идеальной формы.

 в) Сразу после операции различия в форме молочных желез могут быть значительными и постепенно уменьшаются . Важно отметить, что проходит несколько месяцев до того момента , когда после операции грудь примет окончательную форму.

г) В некоторых случаях операция подтяжки молочных желез может снизить функцию грудного кормления.

д) Чувствительность сосков, ареол и молочных желез, как правило, снижается с последующим медленным улучшением . В некоторых случаях она утрачивается полностью.

е) Медицинской наукой установлено, что данная операция не оказывает влияния на частоту возникновения рака молочной железы.

ж) Отек и кровоизлияния в ткани могут сохраняться в области операции в течение нескольких недель. Грудь принимает окончательную форму через несколько месяцев после операции.

1. После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений ( нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия легочной артерии и др.) , а также следующих осложнений, характерных для данной операции.

 а) В редких случаях после операции кровоснабжение одного или двух сосков и ареол может стать недостаточным, что может привести к частичному или полному некрозу участков ареолы.Вероятность этого возрастает при значительном исходном объеме молочных желез и их выраженном опущении. Это осложнение может потребовать проведения дополнительных операций.

 б) Кожная чувствительность сосков и ареол может нарушиться полностью или частично, и \то нарушение может быть постоянным.

 **Я, пациентка ……………………………………………….. находясь в полном здравии и сознании ознакомилась с со всеми вышеизложенными пунктами, поняла их смысл и содержание и принимаю эти пункты и даю свое согласие на операцию .**

 **Подпись ………………………… Подпись вра**ча **………………………………**

 **Дата ……………….…………… Дата ………………………………………...**

 в) В первые недели после операции возможно появление на поверхности шва поверхностно расположенных рассасывающихся нитей, которые в этом случае удаляются. Эта ситуация не представляет опасности и не оказывает значительного влияния на качество рубца.

 г) В редких случаях возможно развитие воспаления ( и нагноения) вокруг глубоких нерассасывающихся швов. Это может произойти через несколько месяцев после операции и позже может потребовать удаления нитей.

1. Я понимаю, что две половины человеческого тела всегда имеют некоторые различия в форме и в размерах и эти различия сохраняются после операции.
2. Врач (хирург) является самым заинтересованным человеком в получении хорошего результата. От этого зависит его душевное удовлетворение результатом его труда, его дальнейшая карьера и имидж. Хирург ( опытный) не завершает свою операцию с недостатками, он ее завершает при условии, когда получает максимально хороший результат. Послеоперационные возможные проблемы возникают ввиду процессов заживления , рубцевания и действия в ходе этого процесса индивидуальных особенностей организма . Осложнения эстетического характера 7-10% и функционального характера 10-15 %- это международная статистика , которая касается всех хирургов в мире без исключения . Это касалось бы и Вас ( пациента) если бы Вы были бы этим хирургом .

 **Я, пациентка ……………………………………………….. находясь в полном здравии и сознании ознакомилась с со всеми вышеизложенными пунктами, поняла их смысл и содержание и принимаю эти пункты и даю свое согласие на операцию .**

 **Подпись ………………………… Подпись вра**ча **…………………………………**

 **Дата ……………….…………… Дата …………………………………………..**