

## **Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство: «Циркумцизия»**

Перед тем, как вы примете окончательное решение, вам необходимо овладеть информацией об этих операциях, чтобы вы имели время ее обсудить, включая факторы риска и специальные медицинские термины, с врачом. Вам предстоит решить, принимаете ли вы факторы риска наряду с той пользой, которую ожидаете от операции.

### **ОБЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА**

Любое хирургическое вмешательство влечет за собой риск таких осложнений, как инфекция, образование гематомы, изменения в ощущениях, послеоперационная боль, замедленное заживление операционной раны. Потребление чеснока, аспирин за 2 недели до операции может увеличить кровопотерю и привести к образованию гематомы в раннем послеоперационном периоде. Курение значительно увеличивает риск замедленного заживления раны. Прием витаминов "С" и "К" в течение 2 недель перед операцией, если нет противопоказаний, уменьшает упомянутый риск. Прием препаратов витамина "Е" нежелателен. Вы обязаны сообщить оперирующему хирургу о любом и каждом заболевании, как в прошлом, так и на текущий момент, а также о любых недомоганиях, не ставших предметом диагностики и лечения.

### **НЕОБХОДИМЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОПЕРАЦИИ**

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.** Циркумцизия (обрезание) – хирургическая операция, направленная на удаление крайней плоти. Обычно выполняется по нескольким мотивам: как инициация, по национальным, религиозным и чисто медицинским. В частности, эта операция предотвращает ряд инфекционно-воспалительных заболеваний наружных половых органов, также показана при фимозе и парафимозе (защемление крайней плотью головки полового члена).

**ПОДГОТОВКА.** Исключить бесконтрольный прием медикаментов за 3 недели, аспирин, витамина "Е" за 2 недели. Начать прием витамина "С" за неделю до операции. Вечером перед операцией сделать очистительную клизму. Накануне обеспечить хороший ночной сон, можно с применением снотворных, известных вам. В клинике о вас позаботится персонал.

**ОБЕЗБОЛИВАНИЕ.** Операция выполняется под местной анестезией, спинномозговой анестезией, редко под наркозом.

**ОПЕРАЦИЯ.** На операционном столе вы лежите на спине. Длительность операции от 15 до 40 минут. Крайняя плоть отсекается, кровотечение останавливается электрокоагуляцией, после чего края кожи соединяются рассасывающимися швами.

**ПОВЯЗКА.** Повязка носится обычно 1-2 недели, с периодической ее заменой.

**ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.** После обрезания вероятность снижения чувствительности окружающей кожи и тканей крайне мала.

**РУБЦЫ.** Обычно рубец после обрезания малозаметный и не доставляет проблем. В исключительно редких случаях рубец стягивает кольцом половой член, что требует повторной операции.

**ОТЕК.** После операции неизбежна отечность крайней плоти, особенно первые 2 недели. В дальнейшем периодические отеки с болями могут быть по утрам.

**БОЛЬ.** Во время операции, если она проходит под местной анестезией, Вы почувствуете боль от проколов кожи иглой и введения обезболивающих препаратов. Если операция проводится под анестезиологическим пособием, то подробную информацию о своих

предполагаемых ощущениях Вы получите от анестезиолога. Во время операции боль Вы не почувствуете, но возможны неприятные ощущения в виде перемещения и сдавления тканей, а также пугающие звуки. Первые дни после операции обычно беспокоит боль при движении.

**ОСОБЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.** Это присоединение инфекции. Вероятность этого мала, но все же присутствует. В исключительно редких случаях рубец стягивает кольцом половой член, что требует повторной операции.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА.** Обычно отсутствие жалоб, связанных с заболеваниями крайней плоти и самого факта ее наличия – показатель хорошего результата операции.

#### **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

1. Обязательный прием с целью профилактики бактериальной инфекции антибиотика «Ципролет А» в дозе 1000 мг в сутки в течение 5-и дней.
2. Ограничение физической нагрузки в течение 2-х недель.
3. Ежедневно, 3 раза в день – ванночки с водным раствором хлоргексидина 0,05% и местно мазь левомеколь – 2 недели.
4. При возникновении любых изменений самочувствия необходимо срочно связаться с лечащим врачом
5. Возникновение болевых ощущений в послеоперационном периоде купируется приемом препарата «Кетродол» («Кеторол», «Кеторолак») или ректальных свечей с «Вольтареном».
6. Швы рассасываются самостоятельно в течение 10 дней.

#### **АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ**

1. Отказ от циркумцизии. Последствия отказа – недостижимость цели, которую имеет эта операция.
2. Фиксация крайней плоти медицинской лентой. Отрицательные моменты – ненадежность, гигиенические проблемы, связанные с формированием складок кожи.

#### **ГАРАНТИЯ РЕЗУЛЬТАТА**

Медицина не является точной наукой и 100% гарантии успешного исхода операции не существует по объективным, не зависящим от врача причинам:

1. Организм каждого человека индивидуален и уникален, нет методов, позволяющих точно предсказать послеоперационное течение и реакцию организма на вмешательство.
2. Осложнения и неудачи лечения могут возникать при неправильном выполнении и несоблюдении пациентом предписаний врача.

#### **РАСПИСКА-СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

Я, пациент \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг с ООО «Медицинский Центр РОСТ» (Клиника «Доктор Ч») даю согласие на проведение медицинского вмешательства – **циркумция**.

Я прочел и понял все перечисленные сведения. Я осознаю, что хирургические, послеоперационные и психологические факторы риска, связанные с операцией, не могут быть полностью предсказуемы, даже при согласованном планировании результата и совершенном техническом выполнении операции, и я принимаю такие условия.

Я разрешаю доктору фотографировать себя для наблюдения за результатом операции на всех этапах реабилитации. По предварительному согласованию со мной врач может

публиковать эти фотографии в профессиональных медицинских изданиях и книгах с условием не разглашения моей личности и соблюдения морально — этических норм.

Я осознаю неизбежность таких временных явлений после операции, как боль, отек, синяки, ранние искажения формы хирургического рубца, возможность расхождения краев хирургической раны.

Я дал своему лечащему врачу полную информацию о перенесенных мною заболеваниях, включая любое и каждое состояние, способное послужить противопоказанием к операции, и я осознаю, что неполнота такой информации может привести к серьезным хирургическим и послеоперационным осложнениям.

Я убежден, что хирург запланировал результат, адекватный моим ожиданиям, и что ожидаемая мною польза от операции превышает поименованные факторы риска. Придя к такому заключению, я принимаю на себя всю полноту ответственности за мое решение подвергнуться операции.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (разборчиво) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (разборчиво) \_\_\_\_\_