

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство: «Пластика короткой уздечки полового члена»

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. Пластика короткой уздечки полового члена – хирургическая операция, направленная на удлинение уздечки полового члена. Обычно выполняется вследствие того, что короткая уздечка делает эрекцию болезненной, и причиняет дискомфорт при половом акте. Также короткая уздечка предусматривает высокую вероятность ее разрыва с последующим кровотечением.

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 2 мл 2% лидокаина.

ОПЕРАЦИЯ. На операционном столе вы лежите на спине. Длительность операции от 10 до 20 минут. Уздечка рассекается, кровотечение останавливается, накладываются рассасывающие швы.

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

ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. При пластике уздечки вероятность снижения чувствительности окружающей кожи и тканей крайне мала.

РУБЦЫ. Обычно рубец уздечки после ее пластики малозаметный и не доставляет проблем. Редко рубец стягивает уздечку, 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 Вы почувствуете боль от проколов кожи иглой и введения обезболивающих препаратов. 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.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА. Обычно отсутствие жалоб, связанных с длинной уздечки – 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

Отказ от пластики уздечки полового члена. Последствия отказа – дискомфорт при половом акте, возможный разрыв уздечки с последующим кровотечением.

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 – пластика уздечки.

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) _____