

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОЦЕДУРУ

(стає складовою частиною документації)

| | | |
|--|--|------------------|
| Ім'я, прізвище пацієнта: | | Дата народження: |
| Лікар, що відповідає за інформування пацієнта: | | |
| Кабінет/відділення: | | |

| | |
|---|---|
| Інформація для пацієнта щодо процедури: | Операція з приводу сколіозу із заднього доступу |
| Обсяг оперативного втручання: | |
| Мета проведення процедури /показання/: | Метою цієї медичної процедури є корекція сколіотичної кривизни та стабілізація за допомогою титанового інструментарію зі зрощенням кістковим трансплантатом. |
| Проведення процедури: | Операцію проводять в умовах загальної анестезії з використанням нейромоніторингу. Це мінімізує ушкодження спинного мозку та нервових корінців. По середній лінії виконують розріз шкіри, вивільняють хребці та вводять гвинти в тіла хребців під рентгеновським контролем. Далі за допомогою спеціальних інструментів відбувається встановлення стрижнів та корекція деформації хребта. Накладання кісткових трансплантатів з кісткового банку. |
| Можливі ускладнення /обмеження/: | <ul style="list-style-type: none"> Поверхнева та глибока інфекція операційної рани; Ушкодження нервової тканини з можливими незворотними наслідками у вигляді порушення чутливості або втрати рухової функції нижніх кінцівок; Ушкодження великих судин, пов'язане з великою крововтратою; Можливе порушення кровопостачання нижніх кінцівок; Можливе порушення кровопостачання шлунково-кишкового тракту та короткочасне порушення пасажу шлунково-кишковим трактом; Відмова інструмента в сенсі поломки або відриву від кістки з необхідністю заміни або корекції; Після процедури потрібне обмеження дії на хребет вантажів і статичних навантажень, роботи у вимушених позах, непрацездатність приблизно 3–4 місяці. |

| | |
|--|---|
| Згода пацієнта на проведення медичної процедури: | Я, пацієнт (законний представник), заявляю, що був (-ла) в чіткій і зрозумілій для мене формі поінформований (-а) про медичну процедуру. Заявляю, що я добре зрозумів (-ла) всю інформацію, ознайомлений (-а) з процедурою та ускладненнями процедури. Мені |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>також була надана можливість поставити запитання та обговорити з лікарем цю проблематику.</p> <p>Даю згоду на операцію з приводу сколіозу із заднього доступу.</p> <p>Заявляю також на випадок несподіваних ускладнень, які потребують термінових подальших втручань для рятування мого життя або здоров'я, що даю згоду на проведення подальших термінових процедур, потрібних для рятування мого життя або здоров'я.</p> |
| Дата: | |
| Підпис пацієнта /законного представника/: | |
| Підпис лікаря: | |

Даю згоду на присутність під час надання медичної допомоги медичних працівників, які не беруть безпосередньої участі у наданні медичних послуг, а також фахівці виробників і дистриб'юторів засобів медичної техніки.

.....
підпис пацієнта