

رضایت نامه و برأت نامه آگاهانه عمل جراحی سپتوراینوپلاستی

نکاتی که هر بیمار قبل از انجام عمل سپتوراینوپلاستی (زیبایی بینی) باید به آنها توجه کند:

1- عمل سپتوراینوپلاستی ترکیبی از دو عمل سپتوپلاستی (اصلاح تیغه بینی به منظور بهبود تنفس از بینی) و راینوپلاستی (زیبایی بینی) است که معمولاً هر دو عمل، همزمان با هم، برای شما انجام می شود. انجام این عمل کاملاً اختیاری است و هیچ اجباری در انجام آن توسط جراح و بیمار وجود ندارد و در صورت عدم انجام آن نیز هیچ خطری متوجه بیمار نمی شود.

2- انتظارات و ذهنیت شما از نتیجه عمل، ممکن است صدرد حاصل نشود و هیچ عاملی نمی تواند نتایج «دقیق» عمل را تضمین کند؛ آنچه واضح است این است که نتیجه عمل شما در مقایسه با شکل بینی قبل از عمل «خود شما» بهتر خواهد شد نه در مقایسه با «سایر بیماران».

3- تغییرات بینی پس از عمل با کاهش تدریجی ورم و تثبیت نهایی شکل بینی، حداقل تا یکسال طول می کشد و تا پیش از این زمان نباید در مورد بینی و نیاز آن به ترمیم، قضاوتی کرد یا تصمیمی گرفت.

4- علیرغم میزان موفقیت بالا، نتیجه عمل صدرد و بی عارضه نیست و ممکن است عوارض خفیف یا شدیدی بدنبال داشته باشد. بسیاری از عوارض ممکن است بدلیل نامناسب بودن پوست، شکستگی های قدیمی یا غیر قرینگی های صورت باشد، هر چند عدم همکاری بیمار در مراقبت های بعد از عمل یا موارد غیرقابل پیش بینی حین عمل هم می تواند منجر به بروز عوارض شود.

عوارضی که شایع ترند ولی اغلب خفیف و موقتی هستند شامل: درد، بی حسی بینی، افزایش ترشحات بینی، گرفتگی موقت بینی، خونریزی های خفیف، احساس ناراحتی و عفونت محل بخیه های داخل بینی، کاهش موقت بویایی، احساس خارش در بینی، قرمزی و پوسته ریزی پوست، جوش صورت، جای زخم (اسکار)، عدم تقارن شکل ظاهری بینی، غیر قرینگی سوراخ ها، احساس ناصافی یا فرورفتگی های ناخواسته در پل بینی یا نوک بینی، عدم اصلاح کامل کجی ها و غیرقرینگی ها، عدم تحقق ذهنیت بیمار و همراهان از نتیجه نهایی عمل و نیاز به جراحی مجدد تأخیری (حداقل یک سال بعد)

عوارض مهم ولی «نادر» عبارتند از: آسیب احتمالی به چشم یا قاعده جمجمه و نشت مایع مغزی نخاعی، خونریزی داخل حفره چشم، عفونت و سوراخ شدن تیغه بینی، خونریزی شدید، چسبندگی مخاطی، آسیب بویایی، گرفتگی دائمی بینی، و عوارض ناشی از بیهوشی.

- اینجانب نام پدر شماره شناسنامه تاریخ تولد
محل صدور دارای کدملی با توضیحات پزشک از چگونگی و جزئیات و عوارض
احتمالی مربوط به عمل سپتوراینوپلاستی به خوبی مطلع شدم و با توجه به اینکه در انتخاب عمل و

انتخاب پزشک جراح خود آزادی عمل کامل دارم، بدینوسیله رضایت آگاهانه خود را جهت عمل مذکور با رعایت موازین فنی و علمی لازم توسط دکتر اعلام می دارم و متعهد می شوم کلیه توصیه ها و دستورات پزشک و همکاران وی را که به اطلاع اینجانب رسیده، اعم از مراقبت های بعد از عمل، مصرف دقیق داروها، پرهیز از ضربه، پرهیز از سیگار، مراجعات به موقع جهت ویزیت های بعد از عمل، مراجعه جهت گرفتن عکس بعد از عمل یا انجام رادیولوژی در صورت صلاحدید پزشک، رعایت نمایم و مسئولیت عوارض ناشی از عدم رعایت آنها را برعهده می گیرم و بدینوسیله پزشک و کادر درمانی خود را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید، مبری نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهم داشت.

امضاء تاریخ اثرانگشت

- اینجانب نام پدر شماره شناسنامه کدملی
ولی/سرپرست بیمار: نسبت با بیمار: با توجه به شرایط ذکر شده فوق، رضایت کامل خود را برای عمل جراحی فرزندم/همسرم اعلام می دارم و پزشک معالج وی را از کلیه عوارض احتمالی بری الذمه و بری الدیه می دانم.

امضاء تاریخ اثرانگشت

- همراه بیمار: نام نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه کدملی نسبت با بیمار
نشانی و تلفن امضاء تاریخ