

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, [...], дата рождения [...],

Добровольно даю свое согласие на проведение медицинского вмешательства:

- прокол мочек ушей.

После проведения процедуры в редких случаях возможны осложнения:

- Локальный воспалительный процесс
- Экхимозы/гематомы (в области мочки уха, прилежащих тканей)
- Аллергическая реакция на металл, антисептик
- Рубцовая деформация мочки
- Формирование патологических рубцов.

Даны рекомендации по постпроцедурному уходу:

- Откажитесь от посещения бани, сауны, водоемов. После каждого контакта прокола с водой обрабатывайте его хлоргексидином.
- Обработка мочки уха раствором антисептика (водный раствор хлоргексидина) 3-5 раз в день, в течении двух недель
- Осторожно надевайте одежду, чтобы не зацепить серьгу. Особенно осторожно следует быть с головными уборами.

Пациент рекомендации получил ___ ✓ _____

Дата: [...]

Подпись пациента ___ ✓ _____

Подпись специалиста _____ / [...]