



رضایت نامه و برأت نامه آگاهانه عمل جراحی اتوپلاستی (زیبایی گوش)

بیمار گرامی

با سلام مطالبی که پیش رو دارید با هدف آشنایی بیشتر شما با عمل زیبایی گوش (اتوپلاستی) تهیه شده است. نکاتی که هر بیمار باید قبل از انجام عمل اتوپلاستی (زیبایی گوش) به آن توجه کند:

این عمل جهت اصلاح گوش جلو آمده یا برجسته انجام میشود؛ انجام این عمل فقط جنبه زیبایی دارد و کاملاً اختیاری است و در صورت عدم انجام آن هیچ خطری متوجه بیمار نخواهد شد.

در این عمل از طریق برشی که در پشت گوش ایجاد میشود، غضروف لاله گوش با استفاده از بخیه های دائمی و گاهی در صورت لزوم برش و برداشتن قسمتی از غضروف به منظور کوچک کردن آن فرم داده میشود و به عقب و به سمت کاسه سر کشیده میشود و فاصله و زاویه آن با جمجمه کم میشود.

نتیجه عمل دائمی است ولی درصد کمی احتمال عود وجود دارد. انتظارات و ذهنیات شما از نتیجه عمل ممکن است صددرصد حاصل نشود و هیچ عاملی نمی تواند نتایج " دقیق " عمل را تضمین کند ولی آنچه مسلم است این است که نتیجه عمل در مقایسه با فرم گوش قبل از عمل قطعاً بهتر خواهد شد.

شما بلافاصله بعد از برداشتن پانسمان نتایج مثبت عمل را مشاهده خواهید کرد ولی چند هفته اول بعد از عمل ممکن است ورم یا قرمزی یا کبودی وجود داشته باشد و تثبیت نهایی فرم گوش ممکن است چند ماه طول بکشد.

بعد از برداشتن پانسمان نیاز است حداقل تا دو هفته در روزها و تا دو ماه شبها از هد بند استفاده کنید.

علیرغم میزان موفقیت بالا، نتیجه عمل صددرصد و بی عارضه نیست و ممکن است عوارض خفیف یا شدیدی بدنبال داشته باشد؛ همکاری شما در مراقبت های بعد از عمل در پیشگیری از بروز عوارض موثر است؛ گاهی بدلیل بروز موارد غیرقابل پیش بینی مثل جنس پوست و غضروف و تاخیر در ترمیم زخم و اسکارممکن است عوارض رخ دهد.

عوارض:

۱. خونریزی و هماتوم (تجمع خون زیر پوست)
۲. ورم و قرمزی و کبودی لاله گوش در چند هفته اول
۳. غیر قرینه بودن دو طرف (هیچ تضمینی برای قرینه شدن صددرصد دو گوش وجود ندارد بخصوص اگر قبل از عمل دو گوش قرینه نباشد ولی تا ۹۰ درصد قرینگی حاصل خواهد شد؛ معمولاً غیرقرینگی های بعد از عمل کمتر از یکی دو میلیمتر است) غیرقرینگی دو تا سه میلیمتر طبیعی است.
۴. عفونت
۵. ترمیم نامناسب و جوش نخوردن برش جراحی
۶. تغییر و بی حسی در پوست گوش
۷. اسکار محل برش جراحی (پشت گوش)
۸. احتمال لمس شدن بخیه های غضروف از سطح پوست گوش
۹. لمس و دیده شدن نامنظمی در سطح گوش
۱۰. تغییر رنگ و التهاب پوستی
۱۱. خطرات بی هوشی
۱۲. حساسیت به بخیه ها، پانسمان و چسب های بکار رفته
۱۳. درد (ممکن است طولانی گردد)
۱۴. احتمال عمل مجدد برای اشکالات زیبایی یا عوارض عمل

نکته: در صورت مصرف دخانیات و استنشاق دود یا مصرف داروهای رقیق کننده خون یا مشکلات خونی احتمال بروز عوارض بیشتر خواهد شد؛ پس حتماً قبل از عمل، ما را از این عوامل خطر مطلع سازید.



رضایت نامه و برائت نامه آگاهانه عمل جراحی اتوپلاستی (زیبایی گوش)

اینجانب نام پدر تاریخ تولد شماره شناسنامه
دارای کد ملی با توضیحات پزشک خود از چگونگی و
جزئیات و عوارض احتمالی مربوط به عمل اتوپلاستی 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 برای خودم / فرزندم / همسرم..... (نسبت با بیمار)
با رعایت موازین فنی و عملی لازم توسط دکتر فیروزه ضیا ، جراح و متخصص گوش و حلق و بینی ، اعلام
می دارم و متعهد میشوم کلیه توصیه ها و دستورات پزشک و کادر مطب وی را که به اطلاع اینجانب
رسیده ، اعم از مراقبت های بعد از عمل ، مصرف دقیق داروها ، پرهیز از دستکاری زخم یا پانسمان ،
پرهیز از مصرف دخانیات ، مراجعات به موقع جهت تعویض پانسمان و ویزیت و سایر موارد را رعایت
نموده و مسئولیت عوارض ناشی از عدم رعایت آنها را برعهده می گیرم و بدینوسیله پزشک و کادر
مطب را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی ، فنی و قانونی
ممکن است پدید آید ، بری الذمه و بری الدیه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی نخواهم
داشت.

نام و نام خانوادگی بیمار امضا

اثر انگشت.....

نام و نام خانوادگی ولی /سرپرست بیمار امضا.....

اثر انگشت.....