

**Інформована згода на проведення хірургічного втручання
при лікуванні водянки яєчка (гідроцеле)**

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на хірургічне втручання з метою лікування водянки яєчка. Лікар пояснив мені, що гідроцеле – патологічний стан, для якого характерна затримка та надмірне утворення серозної рідини у глибоких шарах оболонки яєчка. Велика кількість рідини сприяє тому, що мошонка збільшується в розмірах, стає щільною на дотик і набуває вираженої грушоподібної форми. Я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних для мене методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань. Я повністю зрозумів мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Симптомами водянки яєчка є:

- Сильне збільшення у розмірах одного або відразу обох яєчок.
- Відчуття флюктуації при пальпації - під пальцями як перекочується вода, а контури яєчка не визначаються.
- Регулярні ниючі болі в пахвинній ділянці, що мають різну інтенсивність.
- Шкіра мошонки стає натягнутою та гладкою.
- У сфері статевих органів відчувається сильна тяжкість.

Лікар пояснив мені альтернативні способи лікування, однак я розумію, що найбільш ефективним способом лікування є хірургічне втручання.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

Хірургічне лікування є втручанням в біологічну систему організму, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яка медична операція, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого (моєї дитини) здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів з їх усунення.

Операція при водянці яєчка необхідна, якщо:

- мошонка збільшилася в розмірах, її шкіра почервоніла;
- через набряк у промежині виникає дискомфорт при ходьбі, заняттях спортом, носінні тісних плавок тощо;
- часто болить у паху;
- під час сексу виникають неприємні відчуття;
- сечовипускання стає важким та болючим, трапляються напади нетримання.

Мене повідомлено, та я підтверджую відсутність у мене наступних протипоказань до проведення процедури:

- гострий запальний процес в організмі;
- загострення хронічних патологій;
- порушення згортання крові;
- важкі форми цукрового діабету.

Реабілітаційний період після проведення втручання:

Організм після операції гідроцеле повністю відновлюється за 15 (п'ятнадцять) днів. Щоб реабілітація пройшла успішно, чоловікові на цей період варто відмовитися від:

- активних спортивних тренувань;
- відвідування лазень та саун;
- купання у басейнах, водоймах, гарячій ванні;
- статевого життя.

Через місяць потрібно прийти на прийом до лікаря, щоб він перевірів, як пройшло загоєння.

Текст цього документу мною прочитано та я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.