

Додаток 1
до Порядку надання
спеціалізованої медичної
допомоги з застосуванням
методу остеointегративного
протезування
(пункт 2 розділу II)

Заява
про ознайомлення з перевагами та недоліками застосування втручань з
використання методу остеointегративного протезування

Я _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта)
ознайомлений/на _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та посада лікаря, що ознайомлював пацієнта)

з наступними перевагами застосування втручань з використання методу остеointегративного протезування:

1. Протез легко приєднується, не потрібно носити куксоприймальну гільзу;
2. Покращена амплітуда рухів;
3. Покращений м'язовий контроль;
4. Відсутність шкірних проблем, пов'язаних з носінням куксоприймальної гільзи;
5. Покращена постава,

та з наступними недоліками застосування втручань з використання методу остеointегративного протезування:

1. Постійна відкрита рана (отвір, стома), за якою я повинен/на буду регулярно доглядати з метою запобігання виникнення інфекцій (поверхневих та глибоких);
2. Обмеження у навантаженні (до 100 кг);
3. Не рекомендуються види спорту/активності з високим осьовим навантаженням (всі види бігу, стрибків, бойових видів спорту; важка атлетика, футбол, баскетбол, хокей, великий теніс, триатлон, гандбол, спортивна гімнастика, регбі тощо), єдиноборства;
4. Не рекомендується купання у прісній та забрудненій воді (за рік після операції можна час від часу купатись у чистій морській воді або у басейні з хімічно очищеною водою);
5. Ризик падіння і пошкодження імплантата/перелому кістки;
6. Відсутність результатів незалежних досліджень на основі довгострокового спостереження (10+ років).

Мені повідомлено, що в мене можуть виникнути наступні ускладнення внаслідок застосування втручань з використання методу остеointегративного протезування:

1. _____
2. _____
3. _____

(ПІБ пацієнта)

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Мені повідомлено про такі альтернативні методи втручання та їх можливі переваги:

1. _____
2. _____
3. _____

(ПІБ пацієнта)

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Ознайомив/ла _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та посада лікаря, що ознайомлював пацієнта)

(підпис лікаря)

« _____ » _____ 20__ року
