

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов
ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Канал поступления, Ф.И.О., год рождения	№ И.Б.	Дата поступления
ПМУ	30577	16.06.2014
-----		Время 14.30
1991 г.р.		Госпитализация: Плановая

Жалобы:

на боли в области левого тазобедренного сустава, усиливающиеся при физической нагрузке, утреннюю скованность, дефицит разгибания, хромоту

Анамнез:

Со слов в декабре 2011 года упал, получил закрытый перелом шейки бедренной кости. По месту получения травмы (г. Марыйский велоят, г. Кушка) 27.11.2011 выполнена операция - остеосинтез двумя винтами. Перелом сросся, но развился остеонекроз головки бедренной кости. Стали прогрессировать боли, ограничение амплитуды движений. Лечился консервативно с переменным успехом. Внутрисуставные инъекции не выполнялись. Реконструктивных операций не было. В последние 2 месяца боли резко и значительно усилились, в связи с чем рекомендовано эндопротезирование тазобедренного сустава. В настоящее время госпитализирован в УКБ №1 в плановом порядке для оперативного лечения - эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

Общий статус:

Телосложение нормостеническое, нормального питания. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Эластичность кожи сохранена. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Форма грудной клетки нормостеническая. При перкуссии: звук легочной. Аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет, крепитации нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 74 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм правильный, дефицита нет. АД 120/70 мм. рт. ст. Состояние периферических сосудов: пульсация отчетливая, венозный рисунок не изменен. Трофических изменений нет. Язык влажный, зев чистый. Миндалины не изменены. Живот: мягкий, безболезненный, участвует в дыхании, перитонеальных симптомов нет. Физиологические опрвления без особенностей. Стул нормальный. Моча обычной окраски, без патологических примесей в достаточном количестве. Область почек не изменена, безболезненная при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное, не нарушено, безболезненное.

Местный статус:

Пациент ходит хромая с дополнительной опорой. Походка Транделенбурга. Визуально ось нижних конечностей правильная. Кожа над правым тазобедренным суставом без признаков воспаления. Визуально варикозно расширенных подкожных вен голени нет. Клинических признаков тромбоза и тромбоза нет. Гипотрофию ягодичных мышц и мышц бедра нельзя качественно оценить ввиду ожирения. Нарушения иннервации и кровоснабжения дистальных отделов конечности нет. Движения в тазобедренном суставе ограничены.

Клинический диагноз:

Левосторонний посттравматический коксартроз 3 ст., сросшийся перелом шейки бедренной кости, остеосинтез двумя винтами 27.11.2011

Планируемая операция:

тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава

Показания к операции и ее цель:

восстановление функции конечности, купирование болевого синдрома

Ожидаемая кровопотеря: стандартная Группа крови: В(III)
зав. научным отделом

Резус фактор: Положительный
Середа А.П.

Лечащий врач

Тарабарко И.Н.

Зав. травматолого-ортопедическим отделением №1

к.м.н.

Лычагин А.В.

16.06.2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Первый МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов
Москва, ул. Б. Пироговская, д.6,
Отделение: Травматолого-ортопедическое №1
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ

• Подписывая данный документ, я, -----

1991 г. рожд., проживающий(ая) по адресу:

, Туркменистан, г. Туркменбаши, 2-й мкрн, д 3 кв 7

находясь на **лечении** (обследовании, родоразрешении), в клинике **ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ**, добровольно даю свое согласие на операцию:

тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава

и прошу персонал подразделения о её проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной операции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции или после нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Так же Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями, связанными с особенностями течения моего заболевания, и даю свое согласие на это.

Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови (и ее компонентов).

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанную операцию.

Подпись пациента (пациентки): _____ 16.06.2014

От послеоперационного санаторно-курортного лечения отказываюсь.

На послеоперационное санаторно-курортное лечение согласен (ненужное вычеркнуть).

Подпись пациента (пациентки): _____ 16.06.2014

Расписался(расписалась) в моем присутствии

Лечащий врач: Тарабарко И.Н.

(подпись) _____

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Клиника травматологии, ортопедии и патологии суставов,

Травматолого-ортопедическое №1

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ
ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ**

Я, -----

1991 года рождения

(Фамилия, имя, отчество)

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я согласен с предложенным планом лечения

(подпись пациента)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н
«Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов»)

(подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе

Тарабарко И.Н.

(подпись, Ф.И.О. врача)

(подписи свидетелей беседы)

Я не согласен с предложенным планом лечения

(подпись пациента, Ф.И.О., дата)

или расписался (согласно Приказу Минздрава России от 02.04.2013 г. № 183н
«Об утверждении правил использования донорской крови и ее компонентов»)

(подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе

(подпись, Ф.И.О. врача)

(подписи свидетелей беседы)

16.06.2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Первый МГМУ им. И.М Сеченова
Университетская клиническая больница №1

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, -----, 1991 года рождения,

проживающий(ая) по адресу:
, Туркменистан, г. Туркменбаши, 2-й мкрн, д 3 кв 7

находясь на лечении (обследовании) в травматолого-ортопедическом отделении №2 добровольно даю свое согласие на:

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а так же о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

О последствиях _____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)
и связанным с ними риском информирован(-а) врачом анестезиологом-реаниматологом

(фамилия, имя, отчество)

" ____ " _____ 201__ г. Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии
Врач анестезиолог-реаниматолог _____ (подпись)

