

## فرم رضایت نامه جراحی مجرای اشکی



Dr. Shabahang Mohammadi

### دکتر شباهنگ محمدی

متخصص گوش ، گلو ، بینی

بورد تخصصی ENT  
فلوشیپ سر و گردن  
دانشیار دانشگاه

عضو انجمن جراحان پلاستیک صورت  
آمریکا

Shabahang Mohammadi M.D.

Associated Professor

Otorhinolaryngologist

Facial Plastic Surgeon

Head & Neck Surgeon

خیابان توانیر ، ساختمان پزشکان توانیر  
پلاک ۳۰ ، واحد ۱۷

تلفکس : ۸۸۷۸۴۹۰۳

تلفن : ۲۸ - ۸۸۲۰۹۷۲۷

17 , No 30 , Tavanir Ave

Thran , Iran

Tel : +98 21 88209727-28

Telfax : +98 21 88784903

Postalcode : 1434885361

Email :

[info@shabahangm.com](mailto:info@shabahangm.com)

Website :

[www.shabahangm.com](http://www.shabahangm.com)

Instagram :

Shabahangmohammadi

پزشک اینجانب دکتر..... در مورد جراحی

با اینجانب خانم/آقای..... در تاریخ : / /

صحبت نمودند و نکات زیر را در مورد عمل متذکر شدند.

۱ - عمل فوق در جهت بهبود و بهتر شدن نسبی وضعیت فعلی است و حصول نتیجه ایده آل علاوه بر عمل جراحی به پاسخ بدن شخص و طرز مراقبت بعد از عمل ، از جمله ویزیت‌های مرتب بعد از عمل نیز دارد.

۲ - در مورد احتمال عمل مجدد نیز توضیح داده شد و هزینه بستری و کلینیک آن به عهده اینجانب می باشد.

۳ - عمل فوق از داخل بینی انجام می گیرد و اثری روی ظاهر بینی و صورت نخواهد داشت.

۴ - در حین عمل ممکن است بعضی اعمال جراحی همراه در داخل بینی نیز انجام شود.

۵ - در انتهای عمل در مجرای باز شده لوله ای پلاستیکی قرار داده می شود که بعد از ۲ الی ۶ ماه باید خارج شود و گاهی واکنش به این لوله دیده می شود که در این صورت باید لوله مجددا در مجرا قرار داده شود.

۶ - زمان عمل اینجانب.....

بعلت قرار گرفتن بیماران اورژانسی و سایر موارد ممکن است به تاخیر بیافتد.

۷ - در مورد نیاز به ویزیت‌های بعد از عمل در زمانهای تعیین شده توسط پزشک توضیح داده شد.

توضیحات : .....

.....

.....

.....

امضاء بیمار

امضاء پزشک