TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

טופס הסכמה: ניתוח להגדלת שדיים
BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Операция увеличения молочной железы (груди) является косметической, при этом увеличение молочной железы достигается за счет введения в нее протеза.
Операция производится под местной анестезией в сочетании с приемом успокаивающих препаратов или под общим наркозом.

Данные больной _____ _____ _____ _____

ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה
номер паспорта	имя отца	имя	фамилия

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора

_____ _____

שם משפחה	שם פרטי
фамилия	имя

об операции увеличения правой/левой молочной железы/обеих молочных желез* путем введения

протеза/протезов _____ _____

вид протеза	объем

с помощью разреза под грудью/вокруг околососкового кружка/в подмышечной области/ в другом месте * (в дальнейшем: «основная операция»).

Я информирована о желаемых результатах операции увеличения груди и о присущих ей ограничениях. Кроме того, мне известно об отсутствии точных данных относительно продолжительности «жизни протеза» и частоты самопроизвольного разрыва его оболочки. В случае разрыва или износа протеза может возникнуть необходимость в его замене.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая: боль, дискомфорт, постоянное выпячивание сосков и изменение их чувствительности. Мне объяснено, что после каждой такой операции образуются рубцы на месте разреза. Характер и форма рубцов зависит от свойств моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях образуются келоидные рубцы.
Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях, включая кровотечение, инфекцию, асимметрию молочных желез. Я знаю также об осложнениях, связанных с введением протезов, включая: просачивание содержимого протеза или разрыв оболочки протеза, а также выталкивание и отторжение протеза, что потребует операции для его удаления; уплотнение капсулы протеза и сморщивание его, в результате чего возникает дискомфорт, боль, изменение формы соска, что может
послужить поводом для удаления протеза. Мне известно, что до настоящего времени достоверно не доказано наличие связи между протезированием груди и развитием злокачественных новообразований или связи протезирования с ревматологической и неврологической симптоматикой, сопровождающей болезни иммунной системы (аутоиммунные заболевания). Мне известно, что после основной операции могут иметь место затруднения при обследовании молочной железы с целью выявления и диагностики опухолевых заболеваний.
Я поставлена в известность о том, что я должна быть под регулярным врачебным наблюдением в течение всей жизни, и врачебные осмотры должны проводиться не менее одного раза в год.
Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я поняла, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении
мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на
выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические
вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями
врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.
Настоящим я даю согласие на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением/без введения успокаивающих препаратов, будучи осведомлена о следующих возможных опасностях и осложнениях: при проведении местной анестезии – аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие вещества; при внутривенном введении успокаивающих лекарств – в редких случаях нарушение дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных с заболеваниями дыхательной системы и сердца. Если будет решено провести основную операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.
Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

Ответственным за операцию будет**_____
фамилия врача
שם הרופא/ה

_____ _____ _____
חתימת החולה שעה תאריך
подпись больной час дата

_____ _____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больная недее- способна, несовершеннолетняя или душевнобольная) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в
моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

_____ _____ _____
מס' רישיון שם הרופא/ה חתימת רופא
номер лицензии подпись врача фамилия врача