

Бланк согласия: Операция подтяжки груди MASTOREXY

Данная операция является косметической. В ходе операции могут быть вставлены имплантанты для увеличения объема молочных желез.

Операция выполняется под местным наркозом с применением седативных средств, или под общей анестезией.

Имя пациента: (שם מטופל) _____
Фамилия / ппнрши / שם פרטי / שם отчество / Отчество / Номер уд. личности / т.л.

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (שם רופא) _____
Фамилия / שם משפחה / Имя / שם פרטי

об операции подтяжки груди посредством разреза на уровне подгрудной складки
(טלול תלתן) / вокруг ареала соска (בבבב העטרה) / в подмышечной области
(בבבב השחן) *

другое (אחרת) _____ С применением (בעם) / без применения (ב בלי) *

имплантата/имплантантов (ההדרת תולב/ים) типа (סוג) _____

объемом (בנפח) _____ (далее: «основная операция»).

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях хирургической коррекции / реконструкции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне известно о побочных эффектах после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Мне было объяснено, что в любом случае в области разреза останется послеоперационный рубец. Форма послеоперационного рубца будет зависеть от моего типа кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться келоидные рубцы (грубые выделяющиеся рубцы).

Кроме того, мне также объяснили основные риски и осложнения, в том числе: кровотечение, инфекция, временное или постоянное изменения чувствительности сосков, расхождение краев рубца/ов, некроз кожи и/или ареала соска и/или соска и/или глубоких тканей, а также асимметрия груди. Перечисленные осложнения могут потребовать дополнительной терапии и дополнительных операций. Мне были разъяснены возможные опасности и осложнения, связанные с введением имплантантов, включая утечку содержимого имплантанта или разрыв его оболочки, а также смещение или отторжение имплантанта, которые требуют проведения операции по его извлечению; затвердение и уменьшение размера капсулы имплантанта, и как результат, дискомфорт и боль и/или деформация молочной железы.

Мне известно, что вплоть до сегодняшнего дня однозначно не доказана связь между имплантацией грудного протеза и развитием раковых заболеваний, а также связь с ревматическими и нервными явлениями, сопровождающими заболевания иммунной системы. Кроме того, мне также известно, что имплант может затвердеть, что затруднит обнаружение опухоли во время обследования молочной железы. Мне было объяснено, что при использовании имплантанта существует необходимость в периодическом наблюдении, по меньшей мере, один раз в год.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Подпись пациента / לחתימת המטופל: _____



טל. 077-9807534 | טל. 077-9807500 | www.tlvmedical.com

טופס הסכמה
לניתוח להרמת שדיים

Мне было объяснено, и я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. С учетом вышесказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, а также на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - с внутривенным введением седативных препаратов или без него - после того, как мне были разъяснены возможные риски и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии, а также возможные осложнения при использовании седативных препаратов, которое в редких случаях может приводить к расстройствам дыхания и расстройствам сердечной деятельности, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и расстройствами дыхательной системы.

Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласна с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены лицами, на которых возложена эта обязанность согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Я, нижеподписавшаяся, осведомлена о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

תאריך /	זמן /	חתימת המטופל/ת /
Имя опекуна (степень родства) / שם האופטוריון (qrבה)	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или התמלת האופטוריון (במקרה של פועל דין, קניין או חלה נפש) /	
<p>Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке / (لمטופל/ת/ לטופריה) опекуну пациента/ки / * приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.</p> <p>אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאופטוריון של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא מאשר/ת על הסכמה בין ימי לאחר ששמעתי כי היבנה/ה את הסברתי במלואה.</p>		

שם רפואי / נספח /
Подпись /
חתימתם /
Name of physician /
Номер лицензии /
מספר רישיון /

*Неуждное зачеркнуть / מחקן את המיותר / *