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

טופס הסכמה: ניתוח לשאיבת שומן
LIPOSUCTION
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ОТСАСЫВАНИЮ ЖИРА

Отсасывание жира является хирургическим воздействием, предназначенным для удаления избыточных жировых отложений на ограниченных участках тела. Операция не исключает необходимости снижения веса тела. После отсасывания жира иногда требуется операция по удалению образовавшихся при этом избытков кожи.

Операция проводится под общим наркозом, регионарной или местной анестезией.

Данные больного _____ _____ _____ _____

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

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

פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об операции по отсасыванию жира из области:
_____

(в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно о возможных в моем случае альтернативных методах лечения, включая удаление избыточной жировой и кожной ткани, а также об опасностях, осложнениях, видах обследования и лечения, связанных с каждым из этих методов.

Я осведомлен/а о желаемых результатах операции и о присущих ей ограничениях. Последние выражаются, в частности, в том, что иногда не удается достигнуть желаемых результатов и/или в появлении неравномерных втяжений кожи с образованием впадин и возвышений на ее поверхности. При двустороннем отсасывании жира может наблюдаться асимметрия.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, временные или стойкие нарушения чувствительности кожи.

Мне объяснено, что в местах введения инструмента для отсасывания образуются рубцы. Характер и форма этих рубцов зависит от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях образуются келоидные рубцы.

Я осведомлен/а также о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию и скопление жидкости (серома) в местах, откуда производилось отсасывание жира. Кроме того, возможны повреждения кожи, воспаление поверхностных и глубоких вен, а в очень редких случаях – эмболия легких.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной

нестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения 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.

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

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

_____	_____	_____
חתימה של החולה	שעה	תאריך
подпись больного	час	дата

_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна	фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и

необходимого больному/опекуну больного*, и что он/она подписал/а в моем присутствии
настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное
** Заполнить, если больной/ая лечится частным образом