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

טופס הסכמה: ניתוח להקטנת שדיים
BREAST REDUCTION
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УМЕНЬШЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Операция уменьшения молочной железы (груди) относится к числу косметических, однако иногда она производится в медицинских целях.
Операция производится под местной анестезией.
Данные больной _____ _____ _____ _____
שם פרטי שם האב ת.ז. שם משפחה
фамилия имя имя отца номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора _____ _____
שם פרטי שם משפחה
имя фамилия
об операции уменьшения правой/левой молочной железы/ обеих молочных желез *
(в дальнейшем: «основная операция»).
Я получила объяснения о других возможных в моем случае способах лечения, о достоинствах, недостатках и шансах на успех каждого из них.
Мне известно о желаемых результатах основной операции, о присущих ей ограничениях, включая асимметрию молочных желез.
Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила информацию о сопутствующих основной информации побочных явлениях, включая боли дискомфорт. Кроме того, мне объяснено, что в некоторых случаях кормление грудью, подвергшейся основной операции, становится невозможным.
Мне объяснено, что после каждой такой операции образуются рубцы на груди и под ней, и что характер и форма этих рубцов зависят от свойств моей кожи и ее способности к заживлению. Встречаются случаи образования келоидных рубцов.
Кроме того, я осведомлена о следующих возможных осложнениях: кровотечение, инфекция, зияние краев разрезов, нарушение чувствительности сосков; возможность развития частичного некроза соска, околососкового кружка или части ткани молочной железы. Лечение этих некротических изменений требует иногда хирургического вмешательства.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.
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 2004 דצמבר

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

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.

Мне объяснено, что основная операция проводится под общим наркозом, и 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.

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

_____	_____	_____
שעה	תאריך	חתימת של החולה
Час	дата	подпись больной

_____

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.

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

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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больная лечится частным образом