



Бланк согласия на пластику ушных раковин OTOPLASTY

Данная операция выполняется с целью коррекции положения ушных раковин или для другой косметической коррекции.

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

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях хирургической коррекции, в том числе: возможность асимметрии и/или возврата ушной раковины в исходное состояние.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах основной операции, в том числе: боль, дискомфорт и изменения состояния кожи ушной раковины. Мне было объяснено, что операционные разрезы производятся на передней или задней части кожи ушной раковины и на самих хрящах раковины, и в любом случае после операционных разрезов останутся шрамы. В случае, если хрящ будет отдален от раковины, может образоваться кожная складка на передней части раковины. Мне было объяснено, что форма рубца зависит от моего типа кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться келоидные рубцы.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция вплоть до потери кожи и/или хряща, расхождение краев разрезов и потеря чувствительности кожи ушных раковин.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

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 согласен/а с тем, что операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены 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.

Подпись пациента / חתימת המטופל/ת: _____

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а 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.

Имя пациента: _____
(שם המטופל/ת) שם משפחה / שם פרטי / שם האב / ת.ז. / ח.ת. / ח.מ. / ח.פ. / ח.ק. / ח.ר.

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора (ד"ר) _____
שם פרטי / שם משפחה /

о пластической коррекции правой (באוזן ימין) / левой ушной раковины (אוזן שמאל) / обеих ушных раковин (שתי האוזניים)*.
Впишите суть операции (פרט מהות הניתוח) _____
(далее: основная операция).

_____ _____ _____
תאריך / שעה / חתימת המטופל/ת / תחתום

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של המטופל/ת)* 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.
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה / חתימה / מספר רישיון / ח.מ. / ח.פ. / ח.ק. / ח.ר.

*Ненужное зачеркнуть (מחקי את המיותר)