



Бланк согласия на операцию по увеличению груди BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT

Операция по увеличению груди является эстетической операцией. Увеличение груди производится с помощью имплантата.

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

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях в возможности увеличения груди. Мне было объяснено, что не существует точных данных касательно длительности жизни имплантата и процента спонтанных разрывов его оболочки. В случае разрыва или износа имплантата может возникнуть необходимость дополнительной операции для его замены.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, постоянное выделение соска над уровнем груди и изменения чувствительности соска. Мне было объяснено, что в любом случае в области разрезов останутся шрамы. Форма шрамов 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 осложнениях, в том числе: кровотечение, инфекция и асимметрия молочных желез. Кроме того, мне было дано объяснение о возможности осложнений, связанных с имплантатом, в том числе: подтекание или разрыв оболочки имплантата, а также смещение или отторжение имплантата, что потребует операции для его извлечения; уплотнение вследствие образования фиброзной ткани капсулы вокруг имплантата и его сжатие вследствие этого; дискомфорт, боль, деформация формы соска вплоть до необходимости извлечения имплантата. Мне было разъяснено, 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 (аутоиммунные).

Мне было разъяснено, что установка имплантата затрудняет диагностику и обнаружение опухолей во время обследования молочной железы. Мне было объяснено, что существует необходимость в периодическом наблюдении, по меньшей мере, один раз в год.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Мне было объяснено, и что 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. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения 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.

Подпись пациента / תתימת המטופל/ת: _____

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная 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.

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 / Фамилия שם פרטי / Имя שם האב / Отчество No. ת.ז. / Номер уд. личности

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

об операции по увеличению правой (שד ימין) / левой груди (שד שמאל) / обеих грудей (שני השדיים)*
с помощью имплантата/ов типа (מוג) _____
объемом (בנפח) _____ через разрез под молочной железой (דרך חתך תת שדי) / вокруг
ареолы (סביב העטרה) / в подмышечной впадине (בבית השחי)* / иное (אחר) _____
(далее: основная операция).

_____ _____ _____
תאריך / Дата שעה / Время חתימת המטופל/ת / Подпись пациента

_____ _____
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס) * 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 / Имя врача חתימה / Подпись מספר רישיון / Номер лицензии

*Ненужное зачеркнуть (מחקי את המיותר)