

## Бланк согласия на операцию по уменьшению груди BREAST REDUCTION

Операция по уменьшению груди является эстетической операцией, но в некоторых случаях выполняется по медицинским показаниям. Операция проводится при полной анестезии.

Мне было дано объяснение о других методах лечения, возможных при данных обстоятельствах, о преимуществах, недостатках, а также шансах каждого из них

Мне было дано объяснение о желаемых результатах основной операции, а также о ее ограничениях, в том числе асимметрию молочных желез.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль и дискомфорт. Кроме того, мне было объяснено, что в некоторых случаях после операции по уменьшению груди у меня не будет возможности кормить грудью младенца.

Мне было объяснено, что в любом случае останутся шрамы на молочной железе и под ней. Мне было объяснено, что 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, расхождение краев разрезов, нарушение чувствительности сосков, вероятность развития частичного некроза соска и ареолы или ткани молочной железы, что в редких случаях требует хирургического вмешательства.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что 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 для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая 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.

Мне было объяснено, что операция будет выполнена под общей анестезией, и объяснение об анестезии будет дано анестезиологом.

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.**

Подпись пациента / חתימת המטופל / ת: \_\_\_\_\_

