



Бланк согласия: Операция подтяжки груди MASTOPEXY

Данная операция является косметической. В ходе операции могут быть вставлены импланты для увеличения объема молочных желез.

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

Имя пациента: (שם מטופל/ת) _____
Фамилия / משפחה שם פרטי / שם האב / שם הלב / .ת.ז.ח

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

об операции подтяжки груди посредством разреза на уровне подгрудной складки (חתך תת תד) / вокруг ареола соска (סביב העטרה) / в подмышечной области (בבית השחי)*

другое (אחר) _____ С применением (עם) / без применения (בלי)*

импланта/имплантов (החדרת תותב/ים) типа (מוג) _____

объемом (בנפח) _____ (далее: «основная операция»).

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях хирургической коррекции / реконструкции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне известно о побочных эффектах после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Мне было объяснено, что в любом случае в области разреза останется послеоперационный рубец. Форма послеоперационного рубца будет зависеть от моего типа кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться келоидные рубцы (грубые выделяющиеся рубцы).

Кроме того, мне также объяснили основные риски и осложнения, в том числе: кровотечение, инфекция, временное или постоянное изменения чувствительности сосков, расхождение краев рубца/ов, некроз кожи и/или ареола соска и/или соска и/или глубоких тканей, а также асимметрия груди. Перечисленные осложнения могут потребовать дополнительной терапии и дополнительных операций. Мне были разъяснены возможные опасности и осложнения, связанные с вводом имплантов, включая утечку содержимого импланта или разрыв его оболочки, а также смещение или отторжение импланта, которые потребуют проведения операции по его извлечению; затверждение и уменьшение размера капсулы импланта, и как результат, дискомфорт и боль и/или деформация молочной железы.

Мне известно, 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. Кроме того, мне также известно, что имплант может затвердеть, что затруднит обнаружение опухоли во время обследования молочной железы. Мне было объяснено, что при использовании импланта существует необходимость в периодическом наблюдении, по меньшей мере, один раз в год.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Подпись пациента / חתימת המטופל/ת: _____

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 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.

תאריך / Дата	שעה / Время	חתימת המטופל/ת / Подпись пациента
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / 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 / Имя врача	חתימה / Подпись	נומבר רישיון / Номер лицензии
------------------------	-----------------	-------------------------------

*מחקי/י את המיותר / *Ненужное зачеркнуть