



Бланк согласия на операцию по полной подтяжке живота (абдоминопластика) ABDOMINOPLASTY

Целью операции является удаление излишков кожи и жировой ткани с нижней части живота. Операция не удаляет следы подтяжки на коже живота, однако может улучшить их внешний вид. В некоторых случаях эта операция включает откачку жира из различных участков живота и вокруг него. Обычно операция проводится под общей анестезией.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мною получены разъяснения относительно альтернативных путей лечения, которые возможны при данных обстоятельствах, а также относительно побочных явлений, рисков и осложнений, связанных с данным видом лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мной получены разъяснения относительно побочных явлений после основной операции, включая боли, дискомфорт, припухлость, кровоизлияния и скопления жидкости, а также тошноту и рвоту.

Мне известно, что операция связана с появлением рубца в нижней части живота, рубца вокруг пупка и, кроме того, рубца (указать) ((בנוגע צלקת (פרט)):

Мне известно, что эти рубцы не исчезают, они не ровные и заметны на глаз. В некоторых случаях рубцы получаются широкими и неэстетичными или коллоидными (красными, выпуклыми и чешущимися).

Мне известно, что подтяжка живота будет сопровождаться подтяжкой зоны полового органа вверх и подтяжкой пупка вниз.

В течение нескольких дней после операции в теле будут оставаться дренажные трубки, которые будут извлечены в соответствии с решением оперирующего врача, в зависимости от количества выводимой жидкости.

Кроме того, мне были даны разъяснения относительно возможных осложнений после основной операции, включая инфекции, расхождение швов, появление кист в зоне рубцов, выпуклые рубцы, хронические боли в зоне операции, снижение чувствительности, асимметрию двух сторон живота, скопления жидкости, которое может потребовать дренирования, гангрену кожи живота и/или пупка, что потребует дополнительных операций, связанных с появлением дополнительных рубцов. В исключительных случаях возможно кровотечение, которое потребует срочной операции. Эмболы тромбов и жировой ткани могут проникнуть в легкие и мозг, могут потребовать применения искусственного дыхания и даже привести к летальному исходу.

Мне разъяснено, что в течение нескольких недель после операции у меня будут ограничения в выпрямлении живота.

Настоящим я выражаю свое согласие на проведение основной операции.

Мне разъяснено, что операция проводится с общей анестезией в сочетании, в некоторых случаях, с местной анестезией. Разъяснения по поводу общей анестезии будут даны мне врачом-анестезиологом.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и я понимаю, что в ходе операции существует возможность обнаружения необходимости расширения ее объема, изменения или принятия иных или дополнительных мер для спасения жизни или во избежание нанесения вреда организму, включая дополнительные хирургические

Подпись пациента / опекуна: _____
(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

действия, степень вероятности или объем которых невозможно предсказать заранее, однако их смысл был мне разъяснен. В соответствии с этим я выражаю свое согласие на указанное расширение, изменение или проведение иных или дополнительных мероприятий, включая хирургические действия, которые, с точки зрения врачей больницы, окажутся существенными или необходимыми в процессе основной операции.

Я выражаю свое согласие с тем, что лечение в больнице будет проводиться теми лицами, на которых это возложено в соответствии с существующими в больнице порядками и правилами. Я также заявляю, что мне не было обещано, что лечение, частично или полностью, будет проводиться каким-либо определенным специалистом.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, заявляю, что мне известно, что в момент моей выписки из больницы врач, который про вел лечение, может не находиться в больнице. Я выражаю свое согласие с тем, что в этом случае моя выписка будет проведена другим врачом по поручению моего лечащего врача.

Имя пациента : _____
(שם המטופל/ת) שם משפחה / שם פרטי / שם האב / .ת.ז. שם פרטי /

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

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мною получены подробные устные разъяснения относительно операции по полной подтяжке живота (далее «основная операция»).

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

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

Я подтверждаю, что дал устные разъяснения пациенту / пациентке / опекуну пациента / пациентки* относительно вышеизложенного с необходимой подробностью, и что он / она подписал / подписала согласие в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моего разъяснения.

_____ _____ _____
שם הרופא/ה / חתימה / מספר רישיון /

_____ _____ _____
שם המתרגם/ת) / קשריו למטופל/ת) / *מחקי את המיותר /