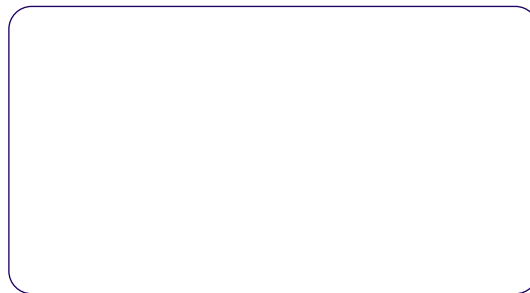


**Бланк согласия:
Пластическая**

хирургия носа (ринопластика)

RHINOPLASTY



Операция выполняется в косметических целях и/или для улучшения свободного доступа воздуха.

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

Имя пациента (שם המטופל/ת): _____
Фамилия / שם משפחה Имя פרטי / שם Отчество / שם האב Номер уд. личности / .ד.ת

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

о пластической операции носа в косметических целях (לצורך תיקון קוסמטי) и/или для улучшения
свободного доступа воздуха (או/או לצורך שיפור מעבר האוויר)*.

После выполнения обследования было принято решение о проведении: сентопластики
(выпрямлении носовой перегородки) (יישור המחיצה) / операции по уменьшению объема нижних
носовых раковин (הרחקת טורבינות) / эстетической коррекции носа (תיקון טיח)*. Впишите
название планируемой операции (פרט פעולות מתוכננות):

_____ (далее: «основная операция»)

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне известно об ожидаемых результатах и
ограничениях операции, связанных, помимо прочего, со строением моего носа, качеством его
кожных покровов и возрастным фактором, а также непрогнозируемыми находками, которые
могут быть обнаружены в ходе основной операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после
основной операции, включая: боль, дискомфорт, подкожные кровоподтеки, а также наружное и
внутреннее опухание носа, которое в некоторых случаях может вызвать затруднения дыхания.
Мне было разъяснено, что в любом случае, во время хирургической коррекции крыльев носа
остаются послеоперационные рубцы в их основании. Мне известно, что форма рубца зависит
от типа моей кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться
келоидные рубцы.

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях, включая: кровотечение, инфекцию,
перфорацию носовой перегородки, нарушения обоняния, насморк и затруднения дыхания в
течение длительного периода. Помимо вышесказанного, возможны также повреждение
глубоких тканей, включая мышцы и слезный канал, а также асимметрия носа.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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
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

0404.ו

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 успокаивающих препаратов или без таковых - 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 успокаивающих препаратов, которое в редких случаях может приводить к расстройствам дыхания и сердечной деятельности, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и расстройствами дыхательной системы.

Если будет решено провести основную операцию под общей анестезией, врач-анестезиолог даст мне соответствующие разъяснения.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В этом случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

תאריך / דת	שעה / זמן	חתימת המטופל / תחתית המטופל
שם האפוטרופוס (קרבה) / Имя опекуна (степень родства) /	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) / Подпись опекуна (в случае неправопособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) /	

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 / תחתית	מספר רישיון / נוּמֵר לִיְצֵנְזִי
------------	---------------	----------------------------------

*מחקי/י את המיותר / נעזוב לזכרון