טופס הסכמה לניתוח עפעפיים

Бланк согласия на пластическую операцию век (блефаропластика)

BLEPHAROPLASTY

Цель данной операции состоит в том, чтобы удалить
излишнюю кожную и жировую ткань с век. В ходе операции не удаляются морщины вокруг глаз. Данную операцию можно выполнить в рамках операций по подтяжке кожи лица.
Как правило, операция проходит при местной анестезии с добавлением седативных средств.
Мне было объяснено, что в моем случае требуется (נדרש) / не требуется (לא נדרש)* подтянуть веко вбок или вверх.
Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль, дискомфорт, отек век, сухость конъюнктивы или слезотечение, подкожные гематомы вокруг глаз, покраснение глаз и ощущение зуда. В течение нескольких недель будут сильно заметны шрамы, которые в значительной степени сгладятся позднее.
Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях, в том числе: инфекция, образование кист в области швов, выделяющиеся шрамы, изменение формы глазной щели, провисание века, поражение слезных желез, вследствие которого возникнет сухость конъюнктивы или слезотечение, хроническая боль в оперированной области, временное или перманентное выпадение ресниц, асимметрия между двумя сторонами глаза и в редких случая кровотечение, которое потребует срочного хирургического вмешательства.
Я даю свое согласие на проведение 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.
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) Фамилия / שם משפחה | Имя / שם פרטי | Отчество / שם האב | Номер уд. личности / ת.ז.

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

об операции на верхнем веке (עליון) / на нижнем веке (תחתון) / на обоих веках (שני העפעפיים)*, на правом глазу (ימין) / на левом глазу (שמאל) / на обоих глазах (שתי העיניים)* (далее: основная операция).

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

_____ _____
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה) | Подпись опекуна (в случае неправоспособного, 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)

_____ _____ _____
Имя врача / שם הרופא/ה | Подпись / חתימה | Номер лицензии / מספר רישיון

*Ненужное зачеркнуть (*מחק/י את המיותר)

0413.ט