

Бланк согласия на ЛИПОСАКЦИЮ LIPOSUCTION

Липосакция - это хирургическая методика, предназначенная для удаления скоплений излишнего подкожного жира с определенных участков тела. Операция не заменяет собой снижение веса. Вследствие липосакции иногда возникает необходимость в операции по удалению избыточной кожи.

Операция проводится при полной, регионарной или местной анестезии.

Мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, в том числе: удаление излишней жировой ткани и кожи, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов, проверок и процедур.

Мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и ограничениях хирургической коррекции, иными словами, о том, что иногда с помощью липосакции не достигается желаемый результат и/или вследствие липосакции происходит неравномерное сокращение кожи и появляются неровности контура (бугристость) в зоне липосакции. При двусторонней липосакции может возникнуть асимметрия.

Я заявляю и подтверждаю, что мне известно о побочных эффектах после основной операции, включая боль, дискомфорт, а также временные или постоянные изменения чувствительности кожи. Мне было объяснено, что в месте, где вводится прибор для удаления жира, останется шрам. Форма послеоперационного шрама будет зависеть от моего типа кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях могут образовываться келоидные рубцы (грубые выделяющиеся рубцы).

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: кровотечение, инфекция и скопление жидкости (серома) в областях, откуда был извлечен жир. Кроме того, возможно нанесение ущерба коже, поверхностное или глубокое воспаление вен, а в самых редких случаях - легочная эмболия.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

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. 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.

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 операцию при общей или регионарной анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Подпись пациента / תתימת המטופל/ת: _____

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) שם משפחה / _____ שם פרטי / _____ שם האב / _____ .ת.ז. / _____
Номер уд. личности /

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

об операции липосакции в районе (מאזור) _____
(далее: основная операция).

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

_____ _____
Имя опекуна (степень родства) / Подпись опекуна (в случае неспособного, несовершеннолетнего или
שם האפוטרופוס (קרבה) душевнобольного) / (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 הרופאה / Подпись / חתימה Номер лицензии / מספר רישיון

*Ненужное зачеркнуть (מחקקי את המיותר)