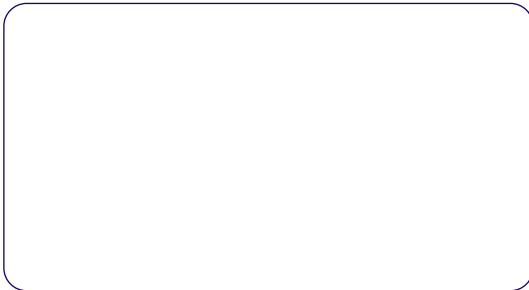


**Бланк согласия на
пластическую операцию
век (блефаропластика)
BLEPHAROPLASTY**

Цель данной операции состоит в том, чтобы удалить излишнюю кожную и жировую ткань с века. 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 века, 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 случаях 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 / פרטי שם Отчество / שם האב Номер уд. личности / .ד.ת

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

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 неспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / קטין או חולה נפש, 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)