

טופס הסכמה: ניתוח להגדלת שדיים
BREAST AUGMENTATION WITH BREAST IMPLANT

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Операция увеличения молочной железы (груди) является косметической, при этом увеличение молочной железы достигается за счет введения в нее протеза.

Операция производится под местной анестезией в сочетании с приемом успокаивающих препаратов или под общим наркозом.

Данные больной _____

שם משפחה שם פרטי שם האב .ז.ת.
фамилия имя имя отца номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

об операции увеличения правой/левой молочной железы/обеих молочных желез* путем введения

протеза/протезов _____
объем вид протеза

с помощью разреза под грудью/вокруг околососкового кружка/в подмышечной области/ в другом месте* (в дальнейшем: «основная операция»).

Я информирована о желаемых результатах операции увеличения груди и о присущих ей ограничениях. Кроме того, мне известно об отсутствии точных данных относительно продолжительности «жизни протеза» и частоты самопроизвольного разрыва его оболочки. В случае разрыва или износа протеза может возникнуть необходимость в его замене.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая: боль, дискомфорт, постоянное выпячивание сосков и изменение их чувствительности. Мне объяснено, что после каждой такой операции образуются рубцы на месте разреза. Характер и форма рубцов зависит от свойств моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях образуются келоидные рубцы.

Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях, включая кровотечение, инфекцию, асимметрию молочных желез. Я знаю также об осложнениях, связанных с введением протезов, включая: просачивание содержимого протеза или разрыв оболочки протеза, а также выталкивание и отторжение протеза, что потребует операции для его удаления; уплотнение капсулы протеза и сморщивание его, в результате чего возникает дискомфорт, боль, изменение формы соска, что может

послужить поводом для удаления протеза. Мне известно, что до настоящего времени достоверно не доказано наличие связи между протезированием груди и развитием злокачественных новообразований или связи протезирования с ревматологической и неврологической симптоматикой, сопровождающей болезни иммунной системы (аутоиммунные заболевания). Мне известно, что после основной операции могут иметь место затруднения при обследовании молочной железы с целью выявления и диагностики опухолевых заболеваний.

Я поставлена в известность о том, что я должна быть под регулярным врачебным наблюдением в течение всей жизни, и врачебные осмотры должны проводиться не менее одного раза в год.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я поняла, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Настоящим я даю согласие на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением/без введения успокаивающих препаратов, будучи осведомлена о следующих возможных опасностях и осложнениях: при проведении местной анестезии – аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие вещества; при внутривенном введении успокаивающих лекарств – в редких случаях нарушение дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных с заболеваниями дыхательной системы и сердца. Если будет решено провести основную операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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.

Ответственным за операцию будет ** _____
 фамилия врача

שם הרופא/ה

חתימת החולה	שעה	תאריך
час	дата	подпись больной
(חתימת האפוטרופוס של פסול דין, קטין או חולה נפש)		שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больная недееспособна, несовершеннолетняя или душевнобольная)		фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה	
	номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больная лечится частным образом