

## טופס הסכמה: ניתוח הקטנת שדיים

### BREAST REDUCTION БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УМЕНЬШЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Операция уменьшения молочной железы (грудь) относится к числу косметических, однако иногда она производится в медицинских целях.  
Операция производится под местной анестезией.

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия                      Имя                      Отчество                      № удост. личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор \_\_\_\_\_ предоставил  
Фамилия                      Имя

об операции уменьшения правой/левой молочной железы/ обеих молочных желез \* (в дальнейшем: «основная операция»).

Я получила объяснения о других возможных в моем случае способах лечения, о достоинствах, недостатках и шансах на успех каждого из них.

Мне известно о желаемых результатах основной операции, о присущих ей ограничениях, включая асимметрию молочных желез.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила информацию о сопутствующих основной информации побочных явлениях, включая боли дискомфорт. Кроме того, мне объяснено, что в некоторых случаях кормление грудью, подвергшейся основной операции, становится невозможным.

Мне объяснено, что после каждой такой операции образуются рубцы на груди и под ней, и что характер и форма этих рубцов зависят от свойств моей кожи и ее способности к заживлению.

Встречаются случаи образования келоидных рубцов.

Кроме того, я осведомлена о следующих возможных осложнениях: кровотечение, инфекция, зияние краев разрезов, нарушение чувствительности сосков; возможность развития частичного некроза соска, околососкового кружка или части ткани молочной железы. Лечение этих некротических изменений требует иногда хирургического вмешательства.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 2004 רבמזט

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.

Мне объяснено, что основная операция проводится под общим наркозом, и соответствующие объяснения 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.

Я знаю и согласна с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону, и операцию будет \_\_\_\_\_

שם הרופא

фамилия врача

\_\_\_\_\_

חתימת החולה  
подпись больного

שעה  
час

תאריך  
дата

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)  
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

שם אפוטרופוס (קירבה)  
фамилия опекуна  
( степень родства )

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного\* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון  
номер лицензии

חתימת הרופא/ה  
подпись врача

שם הרופא/ה  
фамилия врача

\* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

\*\* Заполнить, если больная лечится частным образом