

**טופס הסכמה: ניתוח לשאיבת שומן**

**LIPOSUCTION**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ОТСАСЫВАНИЮ ЖИРА**

Отсасывание жира является хирургическим воздействием, предназначенным для удаления избыточных жировых отложений на ограниченных участках тела. Операция не исключает необходимости снижения веса тела. После отсасывания жира иногда требуется операция по удалению образовавшихся при этом избытков кожи.

Операция проводится под общим наркозом, регионарной или местной анестезией.

Данные больного \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      .I.L  
 фамилия                              имя                              имя отца                      номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора \_\_\_\_\_

שם פרטי                      שם משפחה  
 имя                              фамилия

об операции по отсасыванию жира из области \_\_\_\_\_

(в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно о возможных в моем случае альтернативных методах лечения, включая удаление избыточной жировой и кожной ткани, а также об опасностях, осложнениях, видах обследования и лечения, связанных с каждым из этих методов.

Я осведомлен/а о желаемых результатах операции и о присущих ей ограничениях. Последние выражаются, в частности, в том, что иногда не удастся достигнуть желаемых результатов и/или в появлении неравномерных втяжений кожи с образованием впадин и возвышений на ее поверхности. При двустороннем отсасывании жира может наблюдаться асимметрия.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, временные или стойкие нарушения чувствительности кожи.

Мне объяснено, что в местах введения инструмента для отсасывания образуются рубцы. Характер и форма этих рубцов зависит от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях образуются келоидные рубцы.

Я осведомлен/а также о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию и скопление жидкости (серома) в местах, откуда производилось отсасывание жира. Кроме того, возможны повреждения кожи, воспаление поверхностных и глубоких вен, а в очень редких случаях – эмболия легких.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной 1998 דצמבר /PLAST/SURG/OV50/0110 ט' нестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты;



מне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, то 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.

Ответственным за операцию будет \*\* \_\_\_\_\_  
 שם הרופא/ה      имя врача

תחמת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
תחמת 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 дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и

необходимого больному/опекуну больного \*, 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	תחמת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

\* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

\*\* Заполнить, если больной/ая лечится частным образом