

טופס הסכמה: ניתוח לשחזור שד
RECONSTRUCTION OF BREAST
Реконструкция груди**

Операция по реконструкции груди предназначена для женщин, прошедших удаление молочной железы. Реконструкцию можно начать сразу после удаления, или как отдельную операцию позже. Существуют разные возможности реконструкции: протез, пересадка собственных тканей, или комбинированный метод. Реконструкция производится за одну операцию или за несколько операций. Выбор времени и техники производится соответственно физическим данным женщины, объёму удаленной ткани, методу реконструкции, соображениям хирурга и предпочтению женщины.

имя пациентки: _____

фамилия שם משפחה	имя שם פרטי	имя отца שם האב	паспорт ת.ז.
---------------------	----------------	--------------------	-----------------

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия שם משפחה	имя שם פרטי
---------------------	----------------

Об операции по реконструкции **правой/левой*** груди посредством **имплантации протеза*/**

עם תותב שד שמאל/ ימין

пересадки тканей с живота/ спины* без протеза или переноса тканей с живота/ спины* с

מתלה מגב/בטן עם תותב מתלה מגב/ בטן ללא תותב

имплантацией протеза.

Реконструкция будет проведена за **одну/ несколько операций.***

ניתוח בשלבים/ ניתוח אחד

Другая техника реконструкции _____ (далее: «данная операция»)

טכניקה אחרת

*(מלא את הפרטים המתייחסים לניתוח הנוכחי)**

Я получила разъяснения о различных типах протезов.

Решено имплантировать постоянный протез типа _____ объёмом в _____ куб.см.

סוג תותב קבוע

נפח

Решено имплантировать временный протез типа _____, который будет

סוג תותב זמני

наполнен до объёма в _____ куб.см.

נפח

Я подтверждаю здесь, что осведомлена о желаемых результатах и о побочных явлениях данной операции, включая: боль, дискомфорт и ограниченность движений в районе операции, которые со временем проходят. Боль на местах, откуда берут пересадку (живот/спина) может продолжаться, стать хронической и мешать функционированию.

При пересадке также остаются шрамы на местах- донорах.

Также, я осведомлена о возможных осложнениях после данной операции, включая: кровотечение, инфекция из-за которой может потребоваться лечение, вплоть до извлечения протеза. Я знаю, что при пересадке возможны следующие осложнения: нервное повреждение, которое выразится в потере чувствительности или движения на месте – доноре, и частичное или полное отмирание пересадки, вплоть до потери реконструкции. При пересадке с живота возможна слабость брюшной стенки, что может привести к образованию грыжи, для исправления которой иногда требуется операция. При пересадке тканей со спины возможна слабость при некоторых движениях предплечья.

Также, я осведомлена о возможных осложнениях связанных с протезом, включая протекание или разрыв оболочки протеза, а также отторжение протеза, что потребует операции для его удаления; затвердение оболочки вследствие образования капсулы вокруг протеза, которое причиняет боль и дискомфорт.

2000 /PLAST/SURG/8570/0101 'ט



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה פלסטית

Я знаю, что по сегодняшний день не доказана связь между имплантацией протеза и образованием раковой опухоли, а также связь с ревматическими и неврологическими явлениями, сопровождающими иммунные заболевания. Я знаю, что реконструкция с помощью протеза затрудняет диагностику опухоли при обследовании груди, а облучение протеза может привести к затвердению вокруг него. Лечение химиотерапией и облучениями может нарушить и замедлить процесс реконструкции.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Я подтверждаю что знаю и понимаю, что в течении операции может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласна на расширение операции, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной операции.

Я знаю, что операция проводится под общим наркозом, и я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.

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, полностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону, и ответственным за операцию будет *** _____.

שם הרופא

_____	_____	_____
подпись пациентки	время	дата
חתימת האישה	שעה	תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____	_____	_____
מס' רשיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה

*מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את המתוכנן.
 **בניתוח המתבצע בשלבים יש להחתים את האישה על טופס הסכמה נפרד לכל ניתוח.
 ***מלא/י במקרה של חולה פרטית.

