

טופס הסכמה: ניתוח מתיחת פנים

FACELIFT

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПОДТЯЖКИ ЛИЦА

Операция относится к числу косметических и производится с целью подтяжки кожи лица и шеи, а также для удаления излишнего жира в области лица. Операция не предотвращает процесс старения кожи.

Операция проводится под местной анестезией с добавлением успокаивающих препаратов или под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה

фамилия

שם פרטי

имя

שם האב

имя отца

.i.n

номер паспорта

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

שם פרטי

имя

שם משפחה

фамилия

об операции подтяжки кожи лица и других участков тела. Я получил/а объяснение в отношении других принятых методов оперативного лечения и избранного для меня способа операции. После обследования принято решение о выполнении операции в следующем объеме: подтяжка лица – шея/подтяжка лба/исправление век/пилинг области рта*.

Дополнительные воздействия и подробности выполнения

_____ (в дальнейшем: "основная операция»).

Я осведомлен/а о желаемых результатах операции, о свойственных ей ограничениях в отношении возможностей устранения дефектов, о существующей вероятности возникновения асимметрии лица после операции.

Мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль и дискомфорт, выраженную припухлость и чрезмерное натяжение кожи лица, нарушение чувствительности кожи. Все эти явления проходят через некоторое время.

Мне объяснено, что в местах проведения разрезов всегда образуются рубцы, и что форма и характер этих рубцов зависят от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению. В некоторых случаях могут образоваться келоидные рубцы.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях основной операции, включая кровотечение, инфекцию, зияние краев разрезов, некроз тканей в местах разрезов и отсутствие волос в области рубцов. Кроме того, возможно повреждение нервов, которое способно вызвать паралич с сопутствующей ему асимметрией лица и/или нарушение чувствительности кожи лица.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, что в процессе выполнения основной операции или после ее 1998 דצמבר 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 анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; 1998 דצמבר /PLAST/SURG/8682/0107 ט'

мне также известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызвать 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 ** _____
 имя врача שם הרופא/ה

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 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	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

** Заполнить, если больной/ая лечится частным образом