

**טופס הסכמה: ניתוח עפעפיים**

**BLEPHAROPLASTY**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ  
НА ВЕКАХ**

Целью настоящей операции, называемой блефаропластикой, является удаление избыточных тканей, а именно – кожной и жировой, из области век. Операция не включает удаления морщин около глаз. Блефаропластика может быть одним из компонентов операции по подтяжке лица. Операция проводится под местной анестезией с сочетанием с успокаивающими препаратами.

Данные больного \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      ת.ד.  
 фамилия                              имя                              имя отца                      номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם פרטי                      שם פרטי  
 фамилия                              имя                              фамилия                              фамилия

об операции на верхнем/нижнем веке/обоих веках\* ; на правом/левом глазу/на обоих глазах\* (в дальнейшем: «основная операция») Мне объяснено, что я нуждаюсь/не нуждаюсь\* в подтягивании века в сторону или кверху.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая: боль, дискомфорт, припухлость век; сухость слизистой оболочки глаза или слезотечение; подкожные кровоподтеки вокруг глаз; покраснение глаз и ощущение зуда. Рубцы будут отчетливо видны в течение нескольких недель, а затем они станут малозаметными.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию, появление кист в области швов, выступающие рубцы, изменение разреза глаз, втяжение века, нарушение функции слезных желез, которое повлечет за собой сухость слизистой оболочки глаза или слезотечение, хронические боли в области операции, временно или стойкое выпадение ресниц, асимметрия глаз. В редких случаях бывает кровотечение, требующее срочного оперативного лечения.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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; мне 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.

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                      שם הרופא/ה  
 имя врача                              имя врача

חתימת החולה	שעה	תאריך
подпись больного	час	дата

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	חתימת האפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольно)	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 подпись врача фамилия врача \_\_\_\_\_  
 שם הרופא/ה                      שם הרופא/ה  
 фамилия врача                              фамилия врача  
 полном объеме.

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

\* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное \*\*\* Заполнить, если больной/ая лечится частным образом

