

טופס הסכמה: ניתוח להקטנת שדיים

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

Операция уменьшения молочной железы (груди) относится к числу косметических, однако иногда она производится в медицинских целях.

Операция производится под местной анестезией.

Данные больной

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.י.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

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 דצמבר

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.

ט' /PLAST/SURG/8530/0104 דצמבר 2004



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

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.

Ответственным за операцию будет \*\* \_\_\_\_\_

פאמיליא דא רופא  
שם הרופא/ה

תתימת החולה подпись больной	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больная недееспособна, несовершеннолетняя или душевнобольная)		שם אפוטרופוס (קירבה) פאמיליא דא רופא (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной\*, и что она подписала 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 פאמיליא דא רופא
-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------

\* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное

\*\* Заполнить, если больная лечится частным образом