

טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האוזניים

OTOPLASTY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: КОСМЕТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА УШНОЙ РАКОВИНЕ

Операция относится к числу косметических и предназначена для исправления неправильного положения ушной раковины или устранения других косметических дефектов уха.

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

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о косметической операции на правом/левом ухе/на обоих ушах*. Существенные особенности операции

(в дальнейшем: «основная операция»).

Я получил/а объяснения о желаемых результатах операции, о присущих ей ограничениях в отношении возможности исправления деформации, а также о существующей вероятности возникновения асимметрии и/или возвращения ушной раковины в исходное положение.

Настоящим я заявляю и утверждаю что я осведомлен/а о сопутствующих явлениях, связанных с основной операцией, включая боль, дискомфорт и изменение чувствительности кожи ушной раковины. Мне объяснено, что в процессе операции производятся разрезы кожи на передней или задней поверхности ушной раковины и разрезы самого хряща ушной раковины, и что во всех случаях на месте проведения операционных разрезов образуются рубцы. В тех случаях, когда удаляется часть хряща ушной раковины, возможно образование складки кожи на передней поверхности ушной раковины. Мне известно, что форма и характер рубцов зависят от индивидуальных особенностей моей кожи и ее способности к заживлению, и что в некоторых случаях образуются келоидные рубцы.

Кроме того, я знаю о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию вплоть до разрушения кожи и/или хряща; расхождение краев разреза; снижение чувствительности кожи ушной раковины.

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 דצמבר 1998

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 דצמבר 1998 /PLAST/SURG/1879/0106 ט' 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; 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 דצמבר 1998 /PLAST/SURG/1879/0106 ט'

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

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