

Clinics **1800-331-441**

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st. Tel. 972-4-8550930 טל.

Haifa 13 Sherit Hapleta st. Tel. 972-4-8550931 טל.

Nahariya 21 Sokolov st. Tel. 972-4-9824777 טל.

Fax. 972-4-8550929 פקס.

www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4

חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה

נהריה - רח' סוקולוב 21

Бланк согласия на операцию по поднятию груди - MASTOPEXY

Операция по поднятию груди является косметической операцией и включает в себя подъем соска и удаление излишков кожи. Иногда операция может быть выполнена в сочетании с вставкой имплантатов для увеличения объема груди. Операция проводится под общим наркозом, а иногда, под местной анестезией + глубокая седация.

Имя пациента/ки _____

Удостоверение личности № _____

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получила подробные устные объяснения от доктора _____ по поводу операции по поднятию груди _____ с/без вставки имплантата/ов типа _____ с объемом _____.

(здесь и далее по тексту – «Основная операция»).

Мне объяснили желаемые результаты и ограниченную способность исправления путем операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили побочные явления после основной операции, включая боль, дискомфорт, тошноту, рвоту и кровотечение. Мне объяснили, что в любом случае останутся рубцы в области разреза/ов. Форма рубцов зависит от типа моей кожи и ее способности к излечению. В некоторых случаях развиваются широкие уродливые рубцы или коллоидные рубцы (красные, видимые и вызывающие зуд).

Мне также объяснили основные риски и осложнения, включая: кровотечение, инфекцию, изменения в чувствительности сосков и их формы, и также кожи, которые могут быть временными или постоянными, чувство образования комков, расхождение краев разреза/ов, некроз кожи и / или ареолы и / или соска и / или глубоких тканей и асимметрия груди. Эти осложнения могут потребовать дополнительных процедур и операций.

Мне также объяснили возможные осложнения, связанные с имплантатом, в том числе утечка или разрыв оболочки имплантата, а также отторжение или выталкивание имплантата, что может потребовать проведения операции по его удалению, упрочнения капсулы имплантата и его сокращения, в результате чего может возникнуть дискомфорт, боль, искажение формы груди / соска до такой степени, что потребуются вынуть имплантат. Мне объяснили, что до сих пор не было однозначно доказана связь между имплантацией имплантата и развитием раковых заболеваний, а также связь с ревматическими и неврологическими явлениями, сопровождающими заболевания иммунной системы (аутоиммунные). Мне объяснили, что имплантация имплантата

Clinics	1800-331-441	
Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.	Tel. 972-4-8550930	טל.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.	Tel. 972-4-8550931	טל.
Nahariya 21 Sokolov st.	Tel. 972-4-9824777	טל.
	Fax. 972-4-8550929	פקס.
	www.drgovrin.co.il	

מרפאות
חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה
נהריה - רח' סוקולוב 21

затрудняет возможность диагностики и выявления опухолей при обследовании молочной железы, и существует большая вероятность потери способности кормления грудью. Мне также объяснили, что операция не останавливает процесс естественного падения груди, и я знаю, что изменения веса тела, беременность, роды и грудное вскармливание изменяют форму груди и могут ускорить падение.

Мне объяснили, что если потребуется использовать имплантат, то существует необходимость постоянных периодических проверок, по крайней мере, один раз в год.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Мне объяснили, что иногда операция проводится под местной анестезией и глубокой седацией. Анестезиолог даст мне разъяснения по поводу общей анестезии.

Мне объяснили, и я понимаю, что существует возможность того, что во время основной операции выяснится, что существует необходимость расширения объема, его изменения или осуществления других или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического вреда, в том числе дополнительных хирургических процедур, которые нельзя предсказать в данный момент или в полном объеме, но их смысл был мне разъяснен. Поэтому, я согласна также на эти расширения, изменения или выполнение других или дополнительных процедур, в том числе хирургических процедур, которые, по мнению врача-хирурга, будут важными или необходимыми во время основной операции.

Я согласна на фотографирование до и после лечения для научных целей, документирования и мониторинга.

Мне объяснили, что медицина вообще, и косметическая хирургия, в частности, не являются точной наукой, и нельзя полностью предотвратить осложнения и нежелательные результаты. Хирург берет на себя обязательство преданно лечить любые осложнения или нежелательные последствия. Тем не менее, мне объяснили, что не производится денежный возврат какого-либо вида из-за осложнения или нежелательных последствий после лечения. Кроме того, не будет покрыт какой-либо финансовый или иной ущерб, причиненный в связи с лечением, такой как потеря рабочих дней, приобретение лекарств, специальные поездки, госпитализация и / или любой прямой или косвенный ущерб, причиненный прямо или косвенно в связи с результатами лечения, которое я буду проходить.

Если будет решено после периода реабилитации, который, как правило, длится около года, что существует необходимость в операции коррекции, она будет осуществляться с согласия обеих сторон и по себестоимости.

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.

Haifa 13 Sherit Hapleta st.

Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441

Tel. 972-4-8550930 טל.

Tel. 972-4-8550931 טל.

Tel. 972-4-9824777 טל.

Fax. 972-4-8550929 פקס.

www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4

חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה

נהריה - רח' סוקולוב 21

Я обязуюсь продолжать проходить периодические проверки у хирурга или лечащего врача, по их назначению, и вовремя сообщать обо всех неожиданных изменениях во время периода выздоровления.

Я подтверждаю, что у меня было время, чтобы внимательно прочитать и получить второе мнение по моему выбору.

Подпись пациента / опекуна в день получения бланка в первый раз:

_____ Дата : _____ Время: _____

Подпись пациента / опекуна во второй раз: _____

Дата: _____ Время: _____

Я подтверждаю, что я объяснил пациенту / опекуну подробно все вышесказанное, и подпись была поставлена после того, как я убедился, что объяснение полностью понято.

Печать и подпись врача _____ Дата: _____ Время:
