J. GOVRIN M.D.
Plastic Surgeon - Specialist
O.J. Govrin Refua LTD

ד"ר ג'קי גוברין
מנתח פלסטי - מומחה
א.ג. גוברין רפואה בע"מ

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

## Бланк согласия на операцию по полной подтяжке живота - AB-DOMINOPLASTY (абдоминопластика)

Цель операции – удаление излишков кожи и жировой ткани нижней части живота. Операция не устраняет растяжки на коже живота, но может улучшить их внешний вид. Операция обычно проводится под общим наркозом. Иногда эта операция сочетается с вытяжкой жира на различных участках живота.

Имя пациент/ки _____

Удостоверение личности № _____

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получила подробные устные объяснения от доктора _____ по поводу операции по подтяжке живота, включая разрыв пуповины с/без удаления жира (здесь и далее по тексту – «Основная операция»).

Я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили побочные явления после основной операции, включая боль, дискомфорт, припухлость, кровотечение, скопление жидкости, а также тошноту и рвоту. Мне известно, что после операции останутся рубцы в нижней части живота, рубцы вокруг пупка, а также рубцы (описать) _____. Я знаю, что эти рубцы не исчезнут, они не являются прямыми и заметны для глаз. В некоторых случаях развиваются широкие уродливые шрамы или коллоидные рубцы (красные, видные и вызывающие зуд). Мне известно, что подтяжка живота сопровождается подтяжкой в области половых органов вверх и подтяжку пупка вниз. После операции остается дренаж для выведения жидкости в течение нескольких дней, который снимается по решению хирурга, и в соответствии с количеством выведенной жидкости.

Кроме того, мне объяснили возможные осложнения, в том числе: инфекция, открытие швов, появление кисты в районе швов, видные рубцы, хронические боли в месте операции, отсутствие чувствительности, асимметрия между двумя сторонами живота, скопление жидкости, которое может потребовать дренаж, некроз кожи живота и / или пупка, который потребует проведение дополнительной операции, которая будет сопровождаться дополнительными рубцами, а в редких случаях, кровотечение, которое потребует срочного хирургического вмешательства, эмболия сосудов и частей жировой ткани может достичь легких и головного мозга, и может потребовать применения искусственного дыхания, и могут вызвать смерть. Мне объяснили, что после операции будет ограничено распрямление живота в течение нескольких недель.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

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

J. GOVRIN M.D.
Plastic Surgeon - Specialist
O.J. Govrin Refua LTD

ד"ר ג'קי גוברין
מנתח פלסטי - מומחה
א.ג. גוברין רפואה בע"מ

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

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне объяснили, и я понимаю, что существует возможность того, что во время основной операции выяснится, что существует необходимость расширения его объема, изменения или осуществления других или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, 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 согласен/а 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.
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: _____