

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 0013 /OUROL/DTP/CYS/1997 נובמבר 1997

טופס הסכמה: בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן

CYSTOSCOPY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ЦИСТОСКОПИЯ

Цистоскоп – это жесткий или гибкий прибор, снабженный телескопическим устройством и позволяющий визуально исследовать мочевой пузырь и уретру. Через цистоскоп можно также вводить различные инструменты, в том числе катетеры, с целью диагностики и проведения некоторых лечебных воздействий, к которым относятся взятие биопсии, удаление опухолей, извлечение камней и сгустков крови и т.д. Кроме того, через цистоскоп можно вводить специальные катетеры для диагностики и лечения заболеваний мочеточников и почек.

Цистоскоп вводится через уретру, причем у мужчин цистоскопия производится, как правило, под местным обезболиванием, а в случае необходимости – под регионарной анестезией или под общим наркозом. У женщин обычно обезболивание не требуется.

При обследовании пациент/ка лежит на спине, ноги подняты, согнуты в коленях, разведены в стороны и находятся на опорах.

_____ данные больного
שם משפחה שם פרטי שם האב .ג.ת
фамилия имя имя номер паспор

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

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости проведения диагностической и/или лечебной* цистоскопии (Cystoscopy).

Описание планируемого лечения _____
פרט אפשרויות הטיפול המתוכנן

(далее – «Основное исследование»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных побочных явлениях, связанных с основным исследованием, включая: боль, дискомфорт, жжение, частые позывы к мочеиспусканию и кровь в моче. Все это временные явления, которые в большинстве случаев проходят в течение 24 часов.

Мне разъяснено и я понимаю, что в процессе диагностического цистоскопического исследования может возникнуть необходимость в проведении некоторых лечебных мероприятий, таких как биопсия опухоли, прижигание кровоточащих точек или подозрительных на наличие опухоли участков, а также расширение уретры в случае ее сужения. Кроме того, может потребоваться

נובמבר
введение разного рода катетеров с целью проведения дополнительных диагностических и лечебных процедур.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях цистоскопии, к которым относятся: острая задержка мочи, инфекция мочевыводящих путей и/или половых органов, сопровождающаяся ознобом, высокой температурой и кровотечением, что может потребовать госпитализации. Другие возможные, но редкие осложнения: повреждение нижних мочевыводящих путей вплоть до перфорации и сужения уретры, для лечения которых потребуются хирургическое вмешательство под наркозом.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного исследования.

Я согласен/а на проведение местной анестезии в соответствии с профессиональными соображениями врачей, после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных опасностей местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Если будет принято решение о проведении основного исследования под региональной анестезией или общим наркозом, то соответствующие разъяснения по этому поводу я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

תתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	חתימת האפוטרופוס (קירבה)	שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	фамилия опекуна (степень родства)	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
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Лишнее стереть

