

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0055/4700/0000/OSURG / דצמבר 2000

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת התוספתן

APPENDECTOMY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ АППЕНДИКСА

При остром воспалении аппендикса (аппендиците) могут развиваться опасные для жизни осложнения в виде местной или общей инфекции брюшной полости, поэтому при остром аппендиците необходимо оперативное вмешательство. Иногда во время операции выясняется, что развилось такое осложнение аппендицита, при котором удаление аппендикса на данном этапе операции невозможно. В этом случае в брюшную полость вводится дренажная трубка, и удаление аппендикса производится на следующем этапе. Встречаются и диагностические трудности, когда картина заболевания говорит в пользу острого аппендицита, а на самом деле под его маской скрывается другое заболевание. В таких случаях во время операции обнаруживается нормальный аппендикс, и приходится производить ревизию (исследование) других органов живота с целью выявления истинного заболевания и проведения дальнейших соответствующих ему лечебных хирургических мероприятий. В этих случаях удаление аппендикса производится по усмотрению хирурга.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного

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

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

доктора

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости удаления аппендикса (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о том, что воспаление аппендикса, возможно, не будет обнаружено, но он все же будет удален.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боли и дискомфорт.

Я получил/а также разъяснения в отношении возможных после основной операции осложнениях, включая инфекцию, кровотечение, повреждение органов живота, а также образование спаек в брюшной полости, которые могут стать причиной механического бесплодия у женщин.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, 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 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.

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.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים
איגוד הכירורגים בישראל



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0055/4700/0000/OSURG/ דצמבר 2000

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

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.

שם הרופא/ה фамилия врача	חתימת הרופא/ה подпись врача	מס' רישיון номер лицензии
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

* Лишнее зачеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים
איגוד הכירורגים בישראל

