

טופס הסכמה: צינתור לב
CARDIAC CATHETERIZATION
БЛАНК СОГЛАСИЯ: СЕРДЕЧНО-КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ
(КАТЕТЕРИЗАЦИЯ СЕРДЦА)

Катетеризация сердца производится с целью исследования и/или лечения кровеносных сосудов сердца и/или самого сердца. Процедура производится под местной анестезией у взрослых и под общим наркозом у детей. Под контролем рентгеноскопии и рентгеновских снимков через периферическую артерию в сердце и/или в коронарные артерии, снабжающие сердце, вводятся катетеры. С помощью специальных катетеров инъецируется контрастное вещество и/или измеряется внутрисердечное давление (диагностическая катетеризация и ангиография).

При лечебной катетеризации производятся местные лечебные воздействия в сердце или в коронарных сосудах с помощью баллона или других специальных приспособлений, установленных на катетерах, включая стент (Stent). Эти лечебные воздействия выполняются сразу же после того, как при диагностической катетеризации были обнаружены патологические изменения, которые поддаются немедленному лечению.

Если у больного/больной имеются заболевания почек и/или повышенная чувствительность к йоду, то следует сообщить об этом врачу отделения и врачу-рентгенологу до проведения обследования.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n.
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 проведения диагностической и/или лечебной катетеризации сердца, включая местное лечение сердца и/или коронарных артерий с помощью баллона и/или других приспособлений*.

Другие лечебные воздействия

פרט טיפול אחר

(далее: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о желаемых результатах и возможных побочных явлениях основного лечения, включая боль и дискомфорт в паху в месте введения катетера, а также внезапное чувство жара в момент введения контрастного вещества. Я также осведомлен/а о возможных осложнениях катетеризации, включая: внезапную закупорку или повреждение кровотока и инфекцию. Мне известно также об осложнениях, связанных с употреблением контрастного вещества, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести, нарушение функции почек и ухудшение течения уже имеющегося заболевания сердца. В чрезвычайно редких случаях эти осложнения даже могут привести к смерти. Я ознакомлен/а также с другими возможными для меня способами лечения, включая: шансы на успех, осложнения, необходимые исследования и лечебные процедуры, связанные с каждым из этих методов.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.



ט. נמרץ לב: 04-6304419 טלפון: מכון הלב: 04-6304565
04-6341369

P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL | 38100 חדרה | ת.ד. 169

קרדיולוגיה לא פולשנית: 04-6304488
04-6304422 :פקס

<http://hy.health.gov.il>

המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות
Hillel Yaffe Medical Center affiliated with the Rappaport Faculty of Medicine, The Technion, Haifa | The State of Israel - Ministry of Health

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что

ט' OCARD/DTP/ANG/0010 /פברואר 1997

потребуется 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 основного лечения, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические

вмешательства, повторную лечебную ангиографию, сердечно-коронарное шунтирование или другую срочную операцию под общим наркозом, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основного лечения.

Я также даю согласие на проведение местной анестезии, будучи осведомлен/а о возможных ее осложнениях, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты. Если необходимо будет провести основную операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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

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
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Лишнее стереть

