

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט'131/8384/SURG/ORTHO/ יולי 1999

טופס הסכמה: תיקון כף רגל קלובה

### CORRECTION OF CLUB FOOT

### БЛАНК СОГЛАСИЯ: ИСПРАВЛЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ

Операция при косолапости производится с целью улучшения положения и формы стопы и для восстановления ее нормальной функции.

Операция представляет собой один из этапов лечения. Последующее лечение требует наружной фиксации и проведения дополнительных воздействий для улучшения и сохранения функционального положения стопы.

Операция проводится 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 исправления косолапости правой/левой\* ноги (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно, что в некоторых случаях не удастся добиться желаемого результата или он достигается частично, что возможен возврат имевшей место деформации, и в этом случае возникает необходимость в дополнительном лечении, включая повторную операцию.

Я осведомлен/а в том, что в любом случае оперированная нога не будет совершенно такой же, как здоровая. Кроме того, мне объяснено, что процесс восстановления и заживления сопровождается ограничением подвижности конечности и/или необходимостью в использовании вспомогательных средств.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что информирован/а о других возможных способах операции и о преимуществах и недостатках каждого из них.

Я осведомлен/а об ожидаемых побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая может потребовать оперативного вмешательства; расхождение краев раны; повреждение кровеносных сосудов, нервов или костей стопы, для коррекции которых может потребоваться хирургическое вмешательство, в редких случаях подобные повреждения могут потребовать ампутации стопы.

Настоящим я даю свое согласие на выполнения 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

ט'131/8384/SURG/ORTHO/ יולי 1999



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לאורתופדיה  
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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, что основная операция будет произведена под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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.

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



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לאורתופדיה  
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית