ט' 133/8010/ORTHO/SURG/ יולי 1999

טופס הסכמה: תיקון ניתוחי במחלת פרטס
LEGG – CALVE – PERTHES
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ LEGG – CALVE – PERTHES

Целью оперативного лечения болезни LEGG – CALVE – PERTHES является уменьшение уже существующих и/или предотвращение развития дальнейших патологических изменений тазобедренного сустава, вызванных настоящим заболеванием. Существуют различные методы оперативных вмешательств, при этом выбор способа операции в каждом конкретном случае производится в соответствии с профессиональными соображениями врача. В некоторых случаях, чтобы добиться желаемого результата, может потребоваться дополнительная/дополнительные операция/и.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____ _____ _____ _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז
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 операции _____ на правой/левой/обеих* нижних конечностях (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о том, что после основной операции не всегда достигается желаемый результат, и, возможно, потребуется дополнительное лечение, включая хирургическое вмешательство.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я информирован/а о других возможных в моем случае оперативных методах лечения, о преимуществах и недостатках каждого из них.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно об ожидаемых побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности. В некоторых случаях операция может вызвать укорочение кости и слабость мышц оперированной конечности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая потребует лечения, возможно и оперативного; неполное сращение кости, которое также может потребовать оперативного лечения. В редких случаях во время операции возможно повреждение кровеносного сосуда и/или нерва, что может привести к функциональным нарушениям.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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

ט' 133/8010/ORTHO/SURG/ יולי 1999

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 недее-способен, 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