

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט'130/8170/SURG/OORTHO/יולי 1999

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון גף עוותי (ספסטי)

CORRECTION OF SPASTIC LIMB

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧЕСКОЙ КОНЕЧНОСТИ

Оперативное лечение спастической конечности производится с целью увеличения амплитуды движений сустава/конечности и/или улучшения осанки у больных с неврологическими расстройствами, которые привели к укорочению мышц, ИСКРИВЛЕНИЮ позвоночника и ограничению подвижности суставов. Операция заключается в мобилизации (освобождении), удлинении или перемещении мышц и/или сухожилий. Операция, как правило, является одним из этапов лечебной программы, направленной на достижение функциональных результатов.

Операция проводится под общим наркозом, регионарной или местной анестезией.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .י.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

об оперативном лечении спастической/спастических конечности/конечностей и/или сустава/суставов _____

обозначить конечность/и и область/и вмешательства
ציין גפה/ים ואזור/י התיקון

(в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о том, что целью операции не является устранение основной причины заболевания, и что функциональное улучшение, достигнутое в результате операции, может быть нестойким, поэтому в случае повторного развития функциональных нарушений разной степени может понадобиться дополнительное лечение, в том числе оперативное. Мне известно, что желаемый результат не всегда достижим в полной мере или частично, и поэтому может понадобиться дополнительное лечение, включая оперативное вмешательство.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о других

хирургических методах и о преимуществах и недостатках каждого из них.

Я осведомлен/а о возможных побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, временное ограничение подвижности, которое может привести к функциональным нарушениям.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о возможных опасностях и осложнениях, связанных с основной операцией, включая: инфекцию, которая может потребовать хирургического вмешательства; длительную слабость мышц, подвергшихся удлинению; в редких случаях – повреждение кровеносных сосудов и нервов.

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,
ט'130/8170/SURG/OORTHO/יולי 1999



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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.

Я даю согласие на проведение местной анестезии, после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных опасностей и осложнений местной анестезии, включая аллергические реакции разной степени выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии.

Если будет принято решение о проведении основной операции 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 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 настоящей 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