

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 1997/AOKטובר/GEODS/4311/OPEG/0043

טופס הסכמה: הכנסת צינור האכלה לקיבה דרך דופן הבטן

-גסטרוסטומיה בשיטה אנדוסקופית

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY – PEG БЛАНК СОГЛАСИЯ: ВВЕДЕНИЕ В ЖЕЛУДОК ПИТАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ЧЕРЕЗ БРЮШНУЮ СТЕНКУ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ

Введение в желудок питательной трубки производится в тех случаях, когда невозможно естественное питание, и/или пища не проходит через пищевод.

Манипуляция производится в положении больного на спине. На первом этапе эндоскоп проводится через рот в желудок. Эндоскоп – это прибор, имеющий вид гибкой трубки длиной 120 см и диаметром около 1 см, внутри которой находятся оптические волокна, позволяющие осуществлять осмотр, и каналы для проведения инструментов. Перед введением эндоскопа больной получает успокаивающие препараты, и/или производится местное обезболивание.

Для выполнения гастростомии проводится небольшой разрез передней брюшной стенки в верхнем отделе слева, через который вводится проволочный проводник. Последний захватывается в желудке эндоскопом и вытягивается через рот. На выведенный через рот конец проводника нанизывается питательная трубка, которая с помощью проводника проводится в желудок и выводится сквозь разрез наружу, на поверхность брюшной стенки. К концу процедуры один конец питательной трубки находится в желудке, а второй, через который в дальнейшем вводится пища, – не передней брюшной стенке.

Чтобы предупредить инфицирование в результате введения гастростомической трубки через переднюю брюшную стенку, после процедуры больной получает кратковременный курс антибиотикотерапии.

Длительность процедуры составляет около 30 минут; она сопровождается дискомфортом и ощущением вздутия живота.

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 выполнения гастростомии методом эндоскопии с целью искусственного питания (в дальнейшем: «основная процедура»).

Мне объяснено, каким образом вводится гастростомическая трубка и какие сопутствующие явления связаны с выполнением этой процедуры, включая боль, дискомфорт и вздутие живота.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: инфекцию кожи и мягких тканей; аспирацию слюны и выделений в дыхательные пути, что требует лечения. В редких случаях возможны также: кровотечение; разрыв стенки пищеварительного тракта с попаданием содержимого желудка в брюшную полость в области гастростомы, что потребует хирургического вмешательства под общим наркозом.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной процедуры.

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



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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 вмешательства, 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.

Настоящим я также даю согласие на прием препаратов успокаивающего действия и на проведение местного обезболивания, будучи осведомлен/а о том, что в очень редких случаях прием успокаивающих препаратов может вызвать нарушения дыхательной и сердечной функций, в основном у больных, страдающих заболеваниями дыхательной системы и сердца. Применение препаратов для местного обезболивания, как мне известно, может вызвать аллергическую реакцию разной степени тяжести.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная процедура 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 – лицо, лишенное прав, 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

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לגסטרוэнטרולוגיה ולמחלות כבד

