

## Согласие пациента

### Сиалоэндоскопия

Сиалоэндоскопия – процедура, при которой производится введение тончайшего оптического эндоскопа через рот в отточный канал околоушной слюнной железы или поднижнечелюстной слюнной железы. Хирургом могут быть также использованы дополнительные устройства для разрешения проблемы, н-р: заблокированные, суженные каналы оттока слюны, биопсия опухоли или потенциальной опухоли, прочистка железы для удаления камней и густых выделений, блокирующих дренаж железы, и т.д. В некоторых случаях вводится контрастирующее вещество и производится рентгенография. Иногда делается небольшой внешний надрез кожи лица или кожи под нижней челюстью. Эндоскопия может заменить открытую хирургию. Процедура проводится под общей или местной анестезией. Сообщите своему лечащему врачу об имеющейся у Вас аллергии на местные анестетики ил контрастирующий препарат.

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия                      Имя                      Отчество                      № удост. личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор \_\_\_\_\_ предоставил  
Фамилия                      Имя

мне подробные устные разъяснения в отношении необходимости проведения сиалоэндоскопии  
\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ стороны

В связи с \_\_\_\_\_ (далее по тексту:  
“процедура”)

В случае, если удаление камня или закупорки (блокировки) не прошло успешно, или состояние пациента ухудшилось, может потребоваться дополнительная операция для удаления воспаленной железы. В некоторых случаях может потребоваться дробление камней.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были предоставлены разъяснения о побочных эффектах процедуры, в том числе боль и дискомфорт и временное опухание железы.

Кроме того, мне было предоставлено разъяснение возможных рисков и осложнений процедуры, в том числе: инфицирование железы, продолжительный дискомфорт, повреждение зубов, нарушение чувства вкуса, кровотечение, затрудненная подвижность языка, перфорация слюнных протоков, незапланированное протекание слюны в кожу лица или горла, повреждение участка лицевого нерва, влекущее частичный паралич мимики, формирование шрамов на слюнном протоке, влекущее ухудшение проблемы, аллергическая реакция на введенный препарат.

Настоящим даю свое согласие на проведение операции.



Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения данной процедуры, может возникнуть необходимость в расширении ее объемов, ее модификации или в проведении иных или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных видов инвазивного вмешательства, которые не могут быть с уверенностью или в полном объеме предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной процедуры и проведение иных или дополнительных процедур, включая хирургические, которые доктора данного медицинского учреждения в ходе процедуры сочтут необходимыми для спасения жизни или для проведения процедуры.

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков, как путем внутривенного введения седативов, так и без такового; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут, в редких случаях, вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний.

Мне известно, что, если процедура будет проведена под общей анестезией, соответствующие разъяснения будут предоставлены мне анестезиологом.

Я осознаю и согласен на то, что данная процедура и любые иные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было.

---

Дата	Время	Подпись пациента
------	-------	------------------

---

Имя опекуна (род отношений с пациентом)      Подпись опекуна (для недееспособных, несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента\* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

---

Имя лечащего врача	Подпись лечащего врача	лицензия №
--------------------	------------------------	------------

\* Ненужное вычеркнуть

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



Медицинская Ассоциация Израиля

Medical Risk Management Company Ltd.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

