

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2000 /OCARD/3796/3794/0188 יולי

טופס הסכמה: השתלת קוצב דיפברילטור

ICD (IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR) IMPLANTATION

Имплантация стимулятора-дефибриллятора

Имплантация стимулятора-дефибриллятора (далее: «аппарат») является защитой от быстрых нарушений сердечного ритма, опасных для жизни пациента/ки.

При имплантации электроды проводятся через вены к сердцу под рентгеновским просвечиванием, или всаживаются под кожу. Электроды подключаются к стимулятору, который помещают под кожей.

Во время имплантации будут искусственно вызваны нарушения сердечного ритма, для проверки эффективности аппарата. Прекращение нарушений ритма с помощью электрического шока причиняет боль и дискомфорт.

Процедура обычно проводится под местным наркозом с или без применения успокоительных препаратов.

имя пациента/ки: _____

фамилия

имя

имя отца

паспорт

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

.נ.ת

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия

имя

שם משפחה

שם פרטי

רופא/ה:

О потребности в имплантации сердечного стимулятора-дефибриллятора. (далее: «данная процедура»)

Я знаю, что в большинстве случаев после имплантации аппарата предотвращаются нарушения ритма.

Я подтверждаю здесь, что осведомлен/а о побочных явлениях данной процедуры, включая: боль и дискомфорт в районе имплантации аппарата, что может помешать функции руки с той стороны.

Также, я осведомлен/а о возможных риске и осложнениях данной процедуры, включая:

- Повреждение плевры и возможность прокола легкого иглой, из-за которого потребуется введение трубки в полость грудной клетки.
- Перфорация сердечной стенки которая в редких случаях приводит к значительному протеканию крови, из-за чего потребуется дренаж полости сердечной сумки, а иногда срочная операция.
- Смещение одной из электрод, что потребует повторной операции.
- Кровоподтек в районе имплантации, который иногда требует надреза и дренажа.
- Инфекция в районе операции, из-за которой возможно будет необходимо извлечь аппарат, а иногда также продолжить антибактериальное лечение.
- Падение артериального давления во время процедуры может временно нарушить кровоснабжение мозга и в редких случаях причинить ущерб, схожий с инсультом.
- Усугубление сердечной недостаточности, включая возможность отека легких, что может привести к необходимости искусственного дыхания во время процедуры или после нее.

Я знаю, что после имплантации с годами возможны осложнения, связанные с аппаратом, включая:

- Повреждение электрод или их изоляции, из-за чего может потребоваться дополнительная операция.
- Технические неполадки аппарата, которые в редких случаях требуют его замены.



החברה לניהול טכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל

החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרפיזיולוגיה

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2000 /OCARD/3796/3794/0188 יולי

- Elektroshok может причинить боль и в некоторых случаях срабатывает без нарушений ритма из-за неправильного определения ритма аппаратом.

Вышеперечисленные осложнения относительно редки. В редчайших случаях они могут привести к летальному исходу.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в течении данной процедуры может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен.

Таким образом я согласен/а на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на прием успокоительных лекарств и на местную анестезию будучи осведомлен/а о том, что успокоительные лекарства в редких случаях причиняют нарушения дыхания и сердечные сбои, особенно при заболеваниях сердца и дыхания, и о риске аллергии разной степени на обезбаливание.

Если будет избран общий или региональный наркоз, я получу разъяснения от анестезиолога.

Я знаю и согласен/а с тем, что данная процедура и все дополнительные действия будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

_____	_____	_____
подпись пациентки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
_____	_____	
имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)	
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
_____	_____	_____
חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה	מס' רשיון

*מחקר/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל
החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרפיזיולוגיה