

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2000 /OSURG/OOIH/5300/0046 נובמבר

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון "פתוח" של בקע מפשעתי

OPEN REPAIR OF INGUINAL HERNIA БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОТКРЫТОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Паховая грыжа в большинстве случаев представляет собой врожденный, и лишь в редких – приобретенный дефект, который устраняется оперативным путем. Операция называется грыжесечением и предназначена для устранения таких сопутствующих грыже симптомов как боль и дискомфорт, а также для лечения ущемленной грыжи или предупреждения ущемлений в будущем.

Операция по поводу паховой грыжи у мальчиков/мужчин включает отделение семенного канатика от грыжевого мешка с последующим иссечением грыжевого мешка. Содержимым грыжевого мешка может быть один из органов брюшной полости (кишка, мочевого пузыря и т.д., а у девочек/женщин – также и придатки). Прежде, чем вернуть органы, находившиеся в грыжевом мешке, в брюшную полость, убеждаются путем тщательного исследования в их нормальном состоянии. Если обнаруживаются патологические изменения этих органов, последние необходимо устранить. В некоторых случаях с этой целью приходитсяшивать трансплантат в виде сетки.

Мне объяснено, что ущемление грыжи может вызывать серьезные патологические изменения ущемленных внутренних органов, нередко требующее срочного хирургического вмешательства, для выполнения которого иногда необходимо произвести дополнительный разрез.

Операция производится путем разреза в паховой области под общим наркозом, региональной или местной анестезией.

Данные больного

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

ד.ל.ל

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 операции грыжесечения справа/слева/двусторонней* (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение объяснений о желаемых результатах основной операции и связанных с ней сопутствующих явлениях, включая боли и дискомфорт. Мне также известно, что повреждение ущемленного внутреннего органа может быть необратимым, и что в этом случае потребуются его удаление.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включая: инфекцию, кровотечение, отек в области паха и мошонки, который может вызвать патологические изменения яичка; поражение кровеносных сосудов, также способное привести к патологии яичка, особенно при повторных операциях; повреждение семенного канатика, которое может нарушить функцию яичка на этой стороне; поражение кровеносных сосудов и нервов, проходящих в области операции; и, наконец, – рецидивы грыжи, лечение которых потребует дополнительной операции.

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 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,



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים

איגוד הכירורגים בישראל



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Я даю согласие также на выполнение местной анестезии, будучи осведомлен/а о возможных ее осложнениях, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на применяемые при местной анестезии препараты.

Если будет решено произвести операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

תאריך дата	שעה час	חתימת החולה подпись больного
שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

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 לכירורגיית ילדים
איגוד הכירורגים בישראל

