

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OSURG/LCC/5723/0050 /נובמבר 2000

טופס הסכמה: כריתה לפרוסקופית של כיס מרה

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИИ

Удаление желчного пузыря путем лапароскопии – принятый в настоящее время метод лечения заболеваний желчного пузыря при воспалительных процессах или при наличии в нем камней. Эта операция называется «закрытым методом» и производится путем введения инструментов через небольшие разрезы передней брюшной стенки.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	י.ז.נ
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 удаления желчного пузыря методом лапароскопии (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне объяснено, что в некоторых случаях операция производится «открытым методом» со вскрытием брюшной полости путем разреза передней брюшной стенки.

При выполнении вмешательства путем лапароскопии также может возникнуть необходимость перейти к «открытому методу» операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а разъяснения относительно побочных явлений основной операции, к которым относятся боль и дискомфорт.

Мне также известно о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включающих: кровотечение; инфекцию; повреждение желчных путей, которое может оказать неблагоприятное влияние на состояние печени; повреждение других органов живота.

Кроме того, во время основной операции существует опасность перемещения небольших желчных камней в желчные пути, что потребует в дальнейшем еще одного вмешательства для их удаления.

Некоторые из упомянутых опасностей и осложнений могут послужить поводом для дополнительной операции, которая либо носит характер срочной, либо может быть произведена позднее.

Помимо того, я осведомлен/а о вероятности того, что во время основной операции осложнения не будут выявлены, и лечение их потребует дополнительной операции на более позднем этапе.

Настоящим я даю 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 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.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל
איגוד ישראלי לכירורגיית ילדים



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Мне объяснено, что основная операция производится обычно под общим наркозом, иногда – под регионарной анестезией; соответствующие объяснения по этому поводу будут мне даны врачом-анестезиологом.

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 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

איגוד הכירורגים בישראל
איגוד ישראלי לכירורגיית ילדים

