

Согласие пациента

Полная/частичная ларингэктомия

Ларингэктомия обычно проводится для удаления злокачественной опухоли. В редких случаях, показанием может являться хроническое заболевание, функциональное расстройство или иное показание. Иногда процедура сопровождается удалением лимфатических узлов и/ли щитовидной железы. Решение относительно объемов хирургического вмешательства и необходимости в трахеостомии зависит от обстоятельств, сопровождающих заболевание, и мнения хирурга. Операция проводится под общей анестезией.

Имя пациента: _____
Фамилия Имя Отчество № удост. личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор _____ предоставил
Фамилия Имя

мне подробные устные разъяснения в отношении необходимости в хирургическом вмешательстве в связи с _____

_____ (далее по тексту:
“процедура”)

Мне сообщили, что процедура влечет нарушения речи или потерю голоса, в зависимости от объемов хирургического вмешательства, и иногда требует проведения трахеостомии и временного кормления через трубку, или перманентной трахеостомии, и что процедура приведет к изменению моего образа жизни и потребует интенсивной подготовки.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были предоставлены разъяснения побочных эффектов процедуры, в том числе: боли и дискомфорт, снижение чувствительности кожи шеи и лица (обычно временное).

Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения данной процедуры, в том числе: инфекция, которая может распространиться на другие органы, кровотечение, которое может создать угрозу жизни, перфорация легкого, перфорация пищевода, фистула, вызывающая вытекание слюны, пищи, лимфатической жидкости, трудности при глотании, вдыхание слюны или пищи в легкие (при частичной ларингэктомии), затрудненное дыхание, утрата обоняния, нарушение функции мозга вследствие повреждения каротидной артерии, повреждение щитовидной или паращитовидной железы, которое может вызвать гормональные нарушения, требующие пожизненного приема медикаментов, нарушения подвижности языка, опухание лица, необратимое снижение чувствительности кожи шеи, некроз кожи шеи, и, в редких случаях, смерть.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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



Настоящим даю свое согласие на проведение процедуры.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения 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 инвазивной 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 данной процедуры.

Мне известно, что процедура будет проведена под общей анестезией и что 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) несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)	Подпись опекуна	(для недееспособных,
---	-----------------	----------------------

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

