

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 1999 /ASPIR/BIOPS/9999/0064 יולי 1999

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי

FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ

Пункция производится для получения образца ткани или клеток с диагностической целью или для оценки выраженности изменений/степени развития патологического процесса в пораженном органе и степени его распространения.

Для выполнения пункции применяется игла, специально предназначенная для этой цели. Иногда эта процедура производится под контролем, для чего используется диагностическая аппаратура.

С помощью иглы в шприц насасываются клетки/ткань, которые направляются затем для цитологического, патогистологического и/или бактериологического исследования (последнее – только по специальным показаниям). В большинстве случаев пункция представляет собой кратковременную процедуру. В некоторых случаях не удается получить достаточное количество материала для исследования, и тогда приходится прибегать к повторной пункции.

С учетом возраста больного и характера диагностической пункции может возникнуть необходимость в обезболивании.

_____ данные больного
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ת.
фамилия имя имя отца номер паспорта
Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости

из _____ (в дальнейшем: «Основное исследование»)

отметить название органа

Мне объяснено, что в процессе исследования могут возникнуть неприятные ощущения и боли в месте укола. Иногда возникает кровоизлияние в месте введения иглы.

Кроме того, меня информировали о том, к каким основным последствиям и осложнениям может привести диагностическая пункция. К ним относятся, в частности, продолжительные боли, инфекция в месте пункции и/или в исследуемом органе; продолжительное кровотечение, которое в некоторых случаях может потребовать госпитализации для врачебного наблюдения. Иногда может / יולי 1999

понадобиться переливание крови или хирургическое вмешательство для остановки кровотечения. В редких случаях в результате пункции могут пострадать соседние органы, и это может потребовать соответствующего лечения. В чрезвычайно редких случаях подобные осложнения могут привести к смертельному исходу.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного исследования.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного исследования или после его 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.

Исходя из этого, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии

ט 1999 /ASPIR/BIOPS/9999/0064 יולי 1999



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основного исследования.

Настоящим я также даю согласие на проведение местной анестезии после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных последствий местной анестезии, включая аллергические реакции разного характера и выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии. Если будет принято решение о проведении основного исследования под общим наркозом, то разъяснения по этому поводу 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	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной – лицо, лишенное прав, несовершеннолетний или душевнобольной) (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

