

Согласие пациента: процедура по закрытию отверстия в барабанной перепонке (тимпаноластика) и/ли по реконструкции цепи слуховых косточек (оссикулоластика)

Целью данной процедуры является закрытие отверстия в барабанной перепонке, для предотвращения воспаления, улучшения слуха пациента и предотвращения будущих осложнений, и/ли реконструкция проводящего слухового механизма. Процедура проводится через ухо и/ли через надрез за ухом. Иногда может потребоваться сбривание волос над и за ухом. Трансплантат, используемый для закрытия отверстия в барабанной перепонке, обычно берется из тканей, покрывающих височную мышцу, а иногда – из хряща уха или жира мочки уха. В этих случаях может потребоваться дополнительный надрез. Успешность пластики барабанной перепонки составляет более 90% у взрослых и около 80% - у детей. Для коррекции поврежденной цепи слуховых косточек может быть использован искусственный протез, хрящ или одна из слуховых косточек пациента. Процедура проводится под общей или местной 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 тимпаноластике или оссикулоластике с _____ стороны в связи с _____ (далее по тексту - "процедура").

Мне объяснили, что в некоторых случаях может потребоваться проведение повторной процедуры, вследствие неспособности имплантата к абсорбции или неудачи в восстановлении слуха пациента. В некоторых случаях изначально может быть запланировано несколько процедур. Существует вероятность того, что через несколько месяцев или даже лет после успешного восстановления слуха, может произойти смещение или отторжение имплантата, что может повлечь нарушение слуха пациента и потребовать дополнительной процедуры.

Мне разъяснено, что в случае надреза внешних тканей, останется шрам, форма которого зависит от моего типа кожи и ее способности к восстановлению; в некоторых случаях возможно формирование келоидных (плотных, выступающих) шрамов.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были предоставлены разъяснения побочных эффектов процедуры, в том числе боль в ухе, онемение области операции, боль при жевании и изменение чувства вкуса.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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



Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения процедуры, в том числе: кровотечение, инфекция, звон в ушах, и повреждение внутреннего уха, ведущее к головокружениям. В редких случаях (около 1%) возможно нарушение слуха, вплоть до глухоты. Повреждение лицевого нерва крайне редко и обычно является временным, однако, может быть и необратимым.

Настоящим даю свое согласие на проведение процедуры.

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

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков внутривенно или иным образом; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут, в редких случаях, вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний

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

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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



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

Медицинская Ассоциация Израиля

Medical Risk Management Company Ltd.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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

