



Медицинский Центр

**Гилель-Яффе**



### **Форма согласия: Операция кесарева сечения CESAREAN SECTION**

Операция кесарева сечения проводится с целью извлечения плода из матки в ситуациях, когда невозможно извлечь плод через влагалище из опасения риска или вследствие реального риска для роженицы и/или плода.

Данная операция проводится под общей и/или эпидуральной анестезией.

Имя и фамилия роженицы:

<b>Фамилия</b>	<b>Имя</b>	<b>Имя отца</b>	<b>Удостоверение личности</b>
----------------	------------	-----------------	-------------------------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от д-ра:

<b>Фамилия</b>	<b>Имя</b>
----------------	------------

о необходимости проведения операции кесарева сечения (далее: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено объяснение относительно ожидаемой процедуры, желаемых результатов и побочных эффектов основной операции, в том числе боли и дискомфорта. Мне объяснили, что уровень заболеваемости в ходе операции кесарева сечения выше, чем при вагинальных родах, и увеличивается с увеличением числа операций кесарева сечения у одной и той же женщины.

Мне также объяснили, что операция кесарева сечения ограничивает возможность вагинальных родов в будущем.

Меня также проинформировали о возможных рисках и осложнениях, в том числе о усиленном кровотечении, которое может потребовать переливания крови и/или перевязки кровеносных сосудов, снабжающих кровью матку и/или гистерэктомии: об инфекции матки и/или маточных труб и/или яичников и/или других органов брюшной полости, которая потребует лечения: и о повреждении органов брюшной полости или кровеносных сосудов, которое потребует проведения корректирующей хирургической операции. Смертность при операции кесарева сечения выше, чем при вагинальных родах, но является весьма редкой.

Мне объяснили, что существует вероятность того, что осложнения не будут выявлены в ходе основной операции и потребуются проведение корректирующей операции на более позднем этапе.

Настоящим я даю своё согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что меня проинформировали и я понимаю, что существует вероятность того, что во время основной операции возникнет необходимость её расширения, изменения или проведения других или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая дополнительные хирургические процедуры, которые в настоящее время невозможно с уверенностью или в полной мере предвидеть, однако мне объяснили их значение. В связи с этим я также согласна с этим расширением, изменением или проведением других или дополнительных процедур, включая хирургические процедуры, которые, по мнению врачей больницы, будут необходимы во время основной операции.

Мне объяснили, что основная операция проводится под общей и/или эпидуральной анестезией, и анестезиолог предоставит мне объяснения о процедуре анестезии.



Медицинский Центр

## Гилель-Яффе

Я знаю и согласна с тем, что основная операция и все другие процедуры будут проводиться теми, кому это будет поручено в соответствии с правилами и инструкциями больницы, и мне не гарантируется, что они будут полностью или частично проводиться определённым лицом, при условии, что они будут выполняться с принятой в больнице ответственностью в соответствии с законом.

---

**Дата**

**Время**

**Подпись роженицы**

---

**Имя и фамилия опекуна (степень родства)**

---

**Подпись опекуна (в случае с некомпетентными, несовершеннолетними или душевнобольными)**

Я подтверждаю, что объяснил/а роженице/опекуну роженицы\* всё вышеизложенное с необходимыми подробностями, и что она в моём присутствии подписала своё согласие после того, как я убедился/ась, что она в полной мере поняла мои объяснения.

---

**Имя и фамилия врача (печать)**

**Подпись врача**

**Дата и время**