



ט' GEODS/5110/ERCР/0051 / ינואר 2001

טופס הסכמה: הדגמה אנדוסקופית של דרכי המרה והלבלב

**ERCР – ENDOSCOPIC RETROGRADE
CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

ERCР – это рентгенологическая эндоскопическая процедура, предназначенная для диагностики и/или лечения заболеваний желчных путей и поджелудочной железы. Эндоскоп – это гибкая трубка, внутри которой проходят оптические волокна, позволяющие производить осмотр. Кроме того, в нем имеются каналы для введения диагностических и лечебных инструментов. Длина эндоскопа составляет около 1,2 м, а диаметр около 1 см. Перед началом манипуляции пациент/пациентка получает успокаивающие препараты, и/или проводится местное обезболивание. Обычно во время процедуры исследуемый/ая лежит на животе. Эндоскоп вводится через полость рта. Для исследования желчных путей и поджелудочной железы вначале вводится контрастное вещество, а затем производится рентгеновский снимок. Если при этом обнаруживаются камни желчных путей или сужение одного из протоков, то для удаления камней или расширения имеющегося сужения производится разрез в области выводного отверстия желчных путей и протока поджелудочной железы, после чего вводится соответствующий инструментарий, с помощью которого возможно извлечение камней и улучшение оттока из желчных путей и протока поджелудочной железы. Может возникнуть необходимость введения стента для обеспечения продолжительного дренирования. Длительность процедуры колеблется обычно от 30 до 90 минут. Во время ее проведения больной/больная ощущают определенный дискомфорт. По окончании процедуры больной/больная нуждается в наблюдении в больничных условиях в течение 24 часов.

Данные больного _____
 שם משפחה שם פרטי שם האב .i.n
 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 выполнения диагностической и/или лечебной ERCР, включая удаление камней, расширение сужения, разрез выводного отверстия протока поджелудочной железы и желчных путей*.

Другие лечебные процедуры _____
 (далее: «основное лечение»).

Мною получены объяснения в отношении альтернативных диагностических и лечебных методов, а также об их преимуществах и недостатках, о сопутствующих им побочных явлениях и возможных осложнениях.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию об определенном дискомфорте, сопровождающем проведение основного лечения, а также о возможных осложнениях любого эндоскопического вмешательства, включая кровотечение или разрыв стенки пищеварительного тракта, что потребует в некоторых случаях хирургического лечения. Возможно также повреждение зубов во время введения инструмента через ротовую полость.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях основного лечения, включая воспаления поджелудочной железы и, в редких случаях, – инфекцию желчных путей. К редким осложнениям относятся также кровотечение и прободение стенки двенадцатиперстной кишки, как результат разреза в области выводного отверстия желчных путей. Очень редко ERCР,





проводимая с надрезом выводного отверстия желчных путей или без него, приводит к смертельному исходу.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения 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. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, 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 основного лечения.

Я также даю согласие на прием успокаивающих препаратов и на проведение местной анестезии, при этом мне известно следующее: успокаивающие средства могут в редких случаях вызывать нарушения дыхания и деятельности сердца, особенно у больных с заболеваниями сердца и дыхательной системы; при местной анестезии могут возникнуть аллергические реакции разной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение 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.

התימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
התימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или родственник) душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия (степень)

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	התימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия
------------------------------	--------------------------------	-----------------------

врача

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לנסטרואנטרולוגיה ולמחלות כבד

