

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2004 / VASUR/3810/3929/0251 / נובמבר

### טופס הסכמה: תיקון הסימה עורקית בגפיים התחתונות LOWER EXTREMITIES ENDARTERECTOMY/ ARTERIAL BYPASS

#### Бланк согласия: Устранение артериальной закупорки нижних конечностей

Целью операции является восстановление артериального кровоснабжения конечности, нарушенного в результате сужения или закупорки артерии, что вызывает боли при ходьбе, боли в покое, появление язв и некроз. Эти проявления могут развиваться постепенно или внезапно.

Восстановление может быть достигнуто двумя способами: (1) путем шунтирования закупоренного и/или суженного участка с помощью венозного или искусственного трансплантата, концы которого соединяются с артерией выше и ниже места закупорки; (2) путем удаления закупоривающей «пробки» и очистки суженного сегмента.

В процессе операции может возникнуть необходимость в катетеризации/ях артериальных кровеносных сосудов с использованием контрастного вещества. Использование контрастного вещества может привести к временному или постоянному нарушению функции почек.

Операция выполняется под общим наркозом или региональной анестезией.

Данные больного \_\_\_\_\_  
שם משפחה      שם פרטי      שם האב      .i.n  
фамилия      имя      отчество      номер уд. личн.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

\_\_\_\_\_  
שם פרטי      שם משפחה  
имя      фамилия

об операции типа \_\_\_\_\_ для устранения  
\_\_\_\_\_ вид операции  
артериальной закупорки нижних конечностей \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ район закупорки

(далее: «Основная операция»).

Я информирован/а о побочных эффектах основной операции, включая: боль и дискомфорт, возможность появления подкожных кровоизлияний и отека конечности, которые могут быть продолжительными.

Я осведомлен/а о возможных осложнениях и опасностях, включая: кровотечение и/или инфекцию, которые могут потребовать удаления трансплантата. Существует возможность образования тромбов внутри кровеносного сосуда, что потребует дополнительной операции по их удалению. Существует вероятность того, что трансплантат или очищенный сегмент закупорится в процессе операции или сразу же после нее, и возникнет необходимость в повторной операции для восстановления кровотока. Возможно повреждение нервов конечности, которое проявляется пониженной и/или повышенной чувствительностью, и/или болями.

Иногда это нарушение остается постоянным и требует дополнительного лечения. Кровотечения, инфекция и закупорка трансплантата сразу же после операции могут привести к некрозу конечности вплоть до необходимости ее ампутации. Функция и выживаемость трансплантата зависят также от вида трансплантата; от того, на каких участках конечности произведено шунтирование, а также от основного заболевания, вызвавшего сужение/закупорку. Шунтирование с помощью искусственного трансплантата, произведенное ниже колена, связано с повышенным риском ампутации конечности. Операция может вызвать осложнения со стороны многих систем, включая осложнения со стороны сердца и дыхания, которые могут привести к смерти.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' VASUR/3810/3929/0251/נובמבר 2004

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить ее объем, изменить ее характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но я получил необходимые разъяснения, и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция производится под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получаю от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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. Ответственным за операцию будет \_\_\_\_\_

שם הרופא  
фамилия врача

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

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного\* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, 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	תתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

\* Лишнее вычеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)