

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 0031/RET/VCR/OPHTL/ יוני 1997

טופס נסכמה: ניתוח לטיפול בהיפרדות רשתית

REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УСТРАНЕНИЮ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Операция для лечения отслойки сетчатки производится с целью фиксации сетчатки к макуле (желтому пятну). Существуют различные методы операции, которые обычно связаны с инъекцией в глаз специального вещества. Отслойка сетчатки – это состояние, при котором последняя отходит от своего ложа, и при этом нарушается ее способность воспринимать световые раздражители. Основными причинами отслойки сетчатки являются травма, болезни глаз (близорукость, дегенерация сетчатки) или общие заболевания, например, сахарный диабет.

При отслойке сетчатки лечение нужно начинать как можно раньше, чтобы предупредить развитие необратимых патологических изменений.

Операция производится под местной анестезией или под общим наркозом.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .i.n
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 выполнения операции по устранению отслойки сетчатки на правом/левом* глазу (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю факт получения мною информации о том, что не существует альтернативных способов лечения отслойки сетчатки помимо операции и/или инъекции газа в глаз.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о желаемых результатах операции и о том, что у части больных возникает необходимость в повторной/повторных операции/операциях для того, чтобы вернуть сетчатку на ее прежнее место. Я осведомлен/а о сопутствующих явлениях после операции, к которым относятся боль, покраснение и припухлость.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включая кровотечение и изменения рефракции. Последние потребуют ношение очков или смены уже использовавшихся до операции очков. К более редким осложнениям относятся опущение века, двоение в глазах, повышение внутриглазного давления, инфекция и даже полная потеря зрения оперированного глаза, а также сморщивание глазного яблока.

Настоящим я изъявляю согласие на проведение основной операции.

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.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, 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 исследования.

Я также даю согласие на проведение местной анестезии, будучи осведомленным/ой об ее опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию, повреждение глаза и в редких случаях – потерю зрения. Если будет избран общий наркоз, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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

מס' רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Лишнее стереть

