

Space for Medical Institution Name and Logo

1997 יוני/OPHTL/COR/000/0018 ט

טופס הסכמה: ניתוח הסרת פטריגיום

PTERYGIUM REMOVAL

БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ КРЫЛОВИДНОЙ ПЛЕВЫ

Крыловидная плева (птеригий) представляет собой разрастание конъюнктивы по поверхности роговицы. В здоровом глазу рост конъюнктивы доходит до границы между склерой и роговицей и далее не распространяется. В процессе операции удаляется ткань птеригия с поверхности роговицы, после чего проводится хирургическое и/или медикаментозное лечение той области, из которой птеригий стал нарастать на поверхность склеры. В определенных случаях, согласно профессиональным соображениям врача, во избежание повторного роста птеригия на эту область воздействуют препаратами-антиметаболитами или производят местное облучение. В более редких случаях, в основном при рецидивах птеригия после операции, производится пересадка конъюнктивы или роговицы.

Решение о сроке проведения и характере операции основывается на таких факторах, как величина птеригия, возраст больного/ой, состояние конъюнктивы и особенности строения века. Птеригий имеет склонность к рецидивам, особенно у лиц молодого возраста, в более старшем возрасте частота рецидивов имеет тенденцию к прогрессивному уменьшению (в литературе приводятся данные о частоте рецидивов до 50% случаев).

Не существует альтернативы хирургическому лечению птеригия. Операцию можно не делать, если прекратился дальнейший рост птеригия, если он не оказывает отрицательного влияния на зрение и не мешает больному/ой с эстетической точки зрения.

Операция производится под местной анестезией.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
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 операции по удалению птеригия на правом/левом * глазу (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения в отношении желаемых результатов операции, включая возможность повторного роста птеригия. Я осведомлен/а также о сопутствующих явлениях основной операции, включая боли, дискомфорт и местные кровотечения в конъюнктиву или в веки, которые обычно проходят в ближайшее время.

Кроме того, я осведомлен/а об опасностях и осложнениях, связанных с операцией, к которым относятся инфекция, изменение рефракции, двоение в глазах, образование сращений между веком и глазным яблоком, которые могут вызывать нарушение подвижности глазного яблока, двоение в глазах, заворот века и слезотечение.

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 или после ее 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 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 основной операции.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии, будучи осведомленным/ой о возможных ее



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד רופאי העיניים בישראל



Space for Medical Institution Name and Logo

опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию, повреждение глаза и в очень редких случаях – потерю зрения.

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

_____	_____	_____	_____
подпись больного	חתימת החולה час	שעה дата	תאריך

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 поняты в полном объеме.

מס' רישיון
номер лицензии

חתימת הרופא/ה
подпись врача

שם הרופא/ה
фамилия врача

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

