



## Бланк согласия на диагностическую биопсию טופס הסכמה לניקור בלוטת מגן ברוסית

Процедура биопсии выполняется для получения пробы клеток ткани с целью постановки диагноза или определения стадии заболевания в исследуемом органе. Биопсия выполняется посредством иглы, используемой специально для этих целей и в определенных случаях под контролем прибора ультразвука. Полученная проба клеток ткани направляется на цитологическое исследование, а также, при необходимости, на посев культуры.

В большинстве случаев продолжительность процедуры короткая. В определенных случаях невозможно получить достаточное количество материала для исследования и может потребоваться проведение дополнительной процедуры.

Вопрос о необходимости анестезии решается в соответствии с возрастом пациента и способом биопсии.

**שם של מטופל**

Имя больного : \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора

**שם משפחה של רופא**

Имя и Фамилия врача \_\_\_\_\_

о необходимости выполнения диагностической биопсии \_\_\_\_\_ **ניקור בלוטת מגן**

(отметить исследуемый орган)

Мне объяснено, что в процессе процедуры может быть неприятное ощущение в области шеи и боль в области укола. В определенных случаях может появиться гематома в месте укола. Мне объяснено о возможных осложнениях процедуры, как: продолжительные боли, воспаления в месте биопсии, гематомы, которые в ряде случаев могут потребовать госпитализации и дальнейшего наблюдения. В редких случаях может потребоваться переливание крови или операция с целью остановки возникшего кровотечения. В особенно редких случаях может быть повреждение прилежащих органов, требующее соответствующего лечения. В исключительно редких случаях осложнения такого рода могут привести к смертельному исходу.

Я даю свое согласие на проведение процедуры диагностической биопсии.

Я подтверждаю, что мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность, что в процессе проводимой процедуры или после неё может возникнуть необходимость в расширении объема планируемого ранее вмешательства, а также необходимость в других дополнительных мерах в рамках неотложной помощи по спасению моей жизни, включая хирургическое вмешательство в результате возникших осложнений, которые нельзя было предвидеть до начала процедуры или в процессе её выполнения. Существование такой вероятности мне ясно и я согласен на расширение объема вмешательства, его изменение или другие дополнительные меры, включая хирургическое вмешательство, если это потребуется в соответствии с решением врачей больницы.

Даю своё согласие на выполнение процедуры диагностической биопсии под местной анестезией. Мне объяснены возможные осложнения местной анестезии, включая местную аллергическую реакцию различной степени проявления в результате использования анестезирующего вещества. Если будет принято решение о проведении процедуры биопсии под общей анестезией - дополнительное объяснение об этом будет проведено врачом - анестезиологом.

Я знаю и согласен с тем, что диагностическая биопсия или другие процедуры будут выполнены тем, на кого их выполнение возложено, в соответствии с принятыми в больнице директивами и мне не обещано, что эта процедура будет выполняться полностью или частично посредством только одного определенного человека. Процедура будет выполнена в соответствии с соблюдением мер ответственности и надлежащих законов, принятых в этой больнице.

**תאריך**

**חתימת חולה**

**מספר ת.ז.**

Дата и время \_\_\_\_\_ Подпись больного \_\_\_\_\_ Т.З. \_\_\_\_\_

**חתימת אפוטроפוס**

Подпись апотропуса \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что объяснил(а) пациенту устно, все что отмечено выше, подробным образом. Пациент подписал бланк согласия на диагностическую биопсию в моём присутствии, после того как я удостоверился, что пациент понял мое объяснение в полном объеме.

**שם משפחה של רופא**

Имя и фамилия врача \_\_\_\_\_

**חתימה של רופא**

**מספר רשיון**

Подпись врача \_\_\_\_\_ Номер врачебного удостоверения \_\_\_\_\_

Отделение эндокринологии и сахарного диабета, Больница Хилель –Яффе, Хедера

**בית חולים "הלל יפה", ת.ד. 169, חדרה 38100**

היחידה לאנדוקרינולוגיה וסוכרת  
טלפון 04-6304748, פקס 04-6304289  
[endo@hy.health.gov.il](mailto:endo@hy.health.gov.il)