

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 7401/0074 /OBGYN/OOBP/ ספטמבר 1997

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי CESAREAN SECTION Кесарево сечение

Кесарево сечение производится с целью извлечения из матки плода в случаях, когда его невозможно извлечь через влагалище из-за подозреваемой или действительно существующей опасности для роженицы и/или плода.

Операция производится под общим наркозом и/или эпидуральной анестезией.

Данные роженицы:

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ז.ל.

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

Фамилия	Имя
שם משפחה	שם פרטי רופא/ה:

о необходимости проведения операции кесарева сечения (далее: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила объяснения о предстоящем вмешательстве и его желаемых результатах, а также о сопутствующих основной операции явлениях, включая боли и дискомфорт.

Я осведомлена о том, что уровень заболеваемости при операциях кесарева сечения выше, чем при естественных влагалищных родах, и при каждой последующей операции кесарева сечения, которую перенесла женщина, вероятность возникновения заболеваний увеличивается.

Мне известно о том, что эта операция понижает вероятность естественных родов в будущем.

Я осведомлена также о возможных опасностях и осложнениях, связанных с основной операцией, включая: более сильное, чем обычно, кровотечение, которое может потребовать переливания крови и/или перевязки кровеносных сосудов матки, и/или удаления матки; инфекция матки и/или труб, и/или яичников и/или других органов брюшной полости, что потребует лечения; повреждения органов живота или кровеносных сосудов, которое потребует корректирующих хирургических вмешательств.

Смертность при операциях кесарева сечения выше, чем при естественных родах, но она очень низка.

Мне известно о существующей вероятности того, что осложнения не будут выявлены во время основной операции, и тогда может возникнуть необходимость корректирующей операции на более позднем этапе.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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 знаю что основная операция производится под общим наркозом и/или под эпидуральной анестезией, и соответствующую информацию по этому поводу я получу 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.

подпись пациентки	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

имя опекуна (родство)

подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной)
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם האפוטרופוס (קרבה)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме. * Лишнее стереть

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

