

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט"ו /VASUR/3840/3891/0059 ינואר 2004

טופס הסכמה: תיקון תוך נהורי (אנדווסקולרי) של מפרצת הוותין באמצעות תומך ENDOVASCULAR REPAIR OF AORTIC ANEURYSM BY STENT БЛАНК СОГЛАСИЯ: ВНУТРИСОСУДИСТОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТА

Внутрисосудистое лечение расширения аорты (аневризмы) производится относительно новым способом, заключающимся во введении в просвет расширенной аорты стента, который устанавливается на месте под контролем аппаратуры с последующим прикреплением его концов к здоровым отделам артерии. В процессе операции обнажаются артерии в паху и через них вводятся части стента. Согласно данным, полученным при предыдущих исследованиях (катетеризация, компьютерная томография – СТ, магнитно-резонансное исследование – MRI), принимается решение о необходимости перекрыть кровеносные сосуды, питающие полость аневризмы. С этой целью производится эмболизация указанных сосудов.

Возможно, что в процессе операции будет произведено расширение артерий с помощью баллона, чтобы создать достаточно широкий подход для введения основного стента.

В зависимости от индивидуальных особенностей, процедура производится либо под местной анестезией с добавлением успокаивающих препаратов, либо под общим наркозом. В послеоперационном периоде обычно проводится интенсивное лечение в специальном отделении (отделение интенсивной терапии или послеоперационной реабилитации).

Данные больного

שם האב	שם משפחה	שם פרטי	ל.ת.
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 внутрисосудистого лечения аневризмы аорты _____ с помощью стента.

указать отдел аорты רשום אזור

Подробности дополнительных и запланированных воздействий _____

(в дальнейшем: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения о возможных для меня альтернативных способах лечения, включая шансы на успех и опасности, присущие каждому из этих способов.

Кроме того, я информирован/а о желаемых результатах основного лечения и о том, что приблизительно у 10% больных операция оказывается неэффективной.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях основного лечения, включающих боли и дискомфорт.

Кроме того, я информирован/а о возможных осложнениях операции, к которым относятся инфекция, неправильное положение стента, кровотечение, разрыв или закупорка артерии, которые могут потребовать операции.

Мне также известно, что результатом операции могут явиться серьезные осложнения, включая инфаркт сердечной мышцы, кровоизлияние в мозг и нарушение кровоснабжения жизненно важных органов, например, почек, кишечника, поджелудочной железы, а также позвоночника вплоть до развития паралича нижней части тела. Прекращение кровоснабжения нижних конечностей в редких случаях может потребовать ампутации. У мужчин возможно нарушение половой функции на почве недостаточного кровоснабжения или повреждения нервов. Частота серьезных осложнений и связанная с ними смертность колеблется на уровне 5%.

Я осведомлен/а о том, что в процессе основного лечения может возникнуть необходимость



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט"ו /VASUR/3840/3891/0059 ינואר 2004

в переходе к операции с открытым доступом с целью лечения аневризмы.

Мне известно также, что в результате основного лечения могут развиваться поздние осложнения, заключающиеся, например, в продолжающемся росте аневризмы вследствие внутреннего просачивания крови, что потребует дополнительного лечения под контролем аппаратуры.

Настоящим я изъявляю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения 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. 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 лечения.

Настоящим я также даю согласие на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих средств (или без него), будучи осведомленным/ой об опасностях и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на препараты, применяемые при местной анестезии. Мне известно также о возможных редких реакциях на успокаивающие препараты, которые выражаются в нарушении дыхания и деятельности сердца и встречаются, главным образом, у больных, страдающих заболеваниями этих органов.

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.

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 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