

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1998 /ORTHO/HSRG/8221/0095 יולי

טופס הסכמה: כריתת גנגליון

EXCISION OF GANGLION

БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ ГАНГЛИЯ

Ганглий – это киста, содержащая вязкую жидкость, которая формируется обычно вокруг сухожилия или сустава верхней конечности. В большинстве случаев причина образования ганглия остается неизвестной. Операция производится для избавления пациента от болей, или удаление ганглия производится в косметических целях.

При операции производится разрез в области ганглия, освобождение ганглия от окружающих тканей, отделение его от суставной сумки или влагалища сухожилия, из которых он обычно исходит, после чего ганглий удаляется. Если во время операции возникнет подозрение на опухолевое заболевание, то оперирующий хирург примет решение о полном удалении этого образования или о взятии на первом этапе биопсии для исследования.

Операция производится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением артериального жгута на оперируемую руку; иногда применяется общий наркоз. При наложении жгута может возникнуть ощущение давления в руке.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.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 удаления ганглия правой/левой* руки, в области запястья/кисти*, на ладонной/тыльной* поверхности, с пальца 1/2/3/4/5* (в дальнейшем: «основная операция»). Я получил/а объяснения относительно желаемых результатов основной операции и высокой вероятности повторного образования ганглия, которое потребует дополнительной операции для его удаления.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, припухлость и местные кровоизлияния, которые рассасываются самостоятельно.

Кроме того, я осведомлен/а об относительно редко встречающихся опасностях и осложнениях, включая продолжительное кровотечение и инфекцию, которые потребуют лечения. Обычно не возникает необходимости в физиотерапии после операции.

Настоящим я даю свое согласие на проведение 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 основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה של היד



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

במשאלות, אשר הן בהתאמה עם המערכות המקצועיות המעורבות של הרופאים המטפלים במוסד הרפואי. הנה אני מאשר את ביצוע האנזטזיה המקומית ו/או האנזטזיה האזורית בשילוב עם הקמת הארטריאלית, בהתאמה עם המערכות המקצועיות המעורבות של הרופאים המטפלים במוסד הרפואי, כולל תגובת אלרגית של שונות מדרגת חומרתה על חומרים האנזטטיים, וכן על האפשרות להתפתח נזקים ו/או נזקים כליניים או כליניים באזור האנזטזיה.

אם יתקבע להעביר את הניתוח הכללי תחת אנושטזיה, אז המערכות המקצועיות המעורבות יתקבלו ממערכת האנושטזיולוגיה.

אני יודע ואתה מאשר את זה, שהניתוח והפעולות האחרות יבוצעו על ידי אנשי מקצוע, אשר הם אחראים על זה בהתאמה עם הכללים וההוראות של הרופאים המטפלים במוסד הרפואי, תחת אחריותו של הרופא המטפל בהתאמה עם החוק. בזה אני אינני מבטיח, שהפעולות האלו יבוצעו באופן מלא או חלקי על ידי אנשי מקצוע מסוימים.

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)

אני מאשר, שהייתי/היא הייתה מסוגלת לתת הסברים מפורטים של כל מה שצוין לעיל והכרחי לרופא/אפוטרופוס של החולה*, ושהוא/היא חתם/היא חתמה על הטופס הנוכחי בהתאמה עם הסכמי הסכמה אחרים, כפי שהייתי/היא הייתה בטוחה/היא בטוחה, שהסברים אלו ניתנים במלואם.

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

* Лишнее зачеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה של היד

