

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט OSURG/XLAP/5411/0057 /נובמבר 2000

טופס הסכמה: ניתוח פתיחת בטן חוקרת

EXPLORATORY LAPAROTOMY БЛАНК СОГЛАСИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ/ПРОБНОЕ ВСКРЫТИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Диагностическое вскрытие брюшной полости предназначено для диагностики и лечения острых состояний и неотложных случаев, требующих лечения, когда клиническая картина неясна и она не позволяет поставить точный диагноз и выбрать другой способ лечения.

_____ данные больного
שם פרטי שם האב .י.ת.
имя отца номер паспорта фамилия

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости диагностического вскрытия брюшной полости в связи с подозрением на

_____ (далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, а именно: установление диагноза заболевания и/или коррекция повреждений и/или лечение патологического процесса.

Мне объяснено, что лечение может заключаться в частичном или полном удалении пораженных органов. Мне известно также, что может возникнуть необходимость в дополнительной операции для завершения лечения. Я

осведомлен/а о том, что в ходе основной операции может быть установлен факт отсутствия хирургических заболеваний органов брюшной полости, и тогда не будут проводиться какие-либо хирургические действия. Мне разъяснили, что, возможно, основная операция не сможет разрешить полностью или частично существующую медицинскую проблему.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я информирован/а о побочных явлениях основной операции, включая боль и дискомфорт.

Кроме того, мне известно, что в большинстве случаев при операциях подобного рода производится расширенный хирургический разрез, позволяющий обследовать всю брюшную полость, выявить патологию брюшных органов и провести соответствующее лечение.

Я осведомлен/а кроме того, об опасностях и осложнениях, связанных с проведением основной операции, к которым относятся инфекция, кровотечение, повреждение органов живота, непроходимость кишечника и грыжи в области послеоперационного рубца.

Помимо того, возможны осложнения в результате тех дополнительных хирургических вмешательств, необходимость в которых выяснится лишь после вскрытия брюшной полости.

Возможно также развитие осложнений, которые могут иметь место при всяком обширном хирургическом вмешательстве. В результате этих осложнений могут возникнуть системные поражения жизненно важных органов, что может привести к летальному исходу.

Настоящим я даю 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 операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

אחרים/השלמות הפעולות לשימור החיים של המטופל או למניעת סיבוכים, כולל מספר והשלמות הפעולות הכירורגיות.

אני יודע, שאי אפשר לראות מראש את הסיבוכים ואת אופי הסיבוכים, כמו כן את כמות הפעולות הטיפוליות. אני מבין ממש את המשפט הנ"ל כפי שהוא מופיע במסמך הסיבוכים, גם בראייה כללית והגורמים לטיפול בהם, הדרושים לטיפול בהם. אני מבין את כל המשפט הנ"ל, ואת ההשלמות של הפעולה, כמו כן את ההשלמות של הפעולות האחרות, כולל הפעולות הכירורגיות, הדרושים בהתאמה עם הפעולות המקצועיות במסגרת הפעולה הראשית.

אני יודע, שהפעולה הראשית תבוצע תחת אשפוז כללי וכי אני מקבל הסברים מתאימים מאיש הרפואה-אנשטזיולוג.

אני יודע ואני מקבל את הסכמי על כך, שהפעולה הראשית והפעולות האחרות יבוצעו על ידי אנשים, עליהם מוטלת אחריות זו בהתאמה עם הכללים וההוראות הטיפוליות של המוסד הרפואי, תחת אחריותו של המוסד הרפואי ובהתאמה עם החוק. ברגע זה לא הבטתי, שהפעולות הנ"ל יבוצעו ממש או חלקית על ידי אנשים מסוימים.

חתימת החולה תחת המטופל	שעה שעה	תאריך תאריך
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) תחת המאבט (במקרה, אם המטופל אינו מסוגל, אינו נשגב או אינו מודע) תחת המאבט (במקרה, אם המטופל אינו מסוגל, אינו נשגב או אינו מודע)		שם אפוטרופוס (קירבה) שם המאבט (דרגת קרבה)

אני מאשר, שאני נתתי הסברים מפורטים מילוליים של המשפט הנ"ל והדרוש והדרוש המטופל/המאבט * , וכי הוא/היא חתם/היא חתמה על טופס זה באשפוזי הנוכחי של המוסד הרפואי לאחר שהבנתי/הבנתי, שהסברים שלי מובנים במלואם.

מס' רישיון מס' הרישוי	חתימת הרופא/ה חתימת הרופא	שם הרופא/ה שם הרופא
--------------------------	------------------------------	------------------------

* עודף למחוק



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
איגוד הישראלי לכירורגית ילדים