

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה

INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Сужение внутренней сонной артерии представляет собой фактор риска развития инсульта. Операция на внутренней сонной артерии (удаление ее внутренней выстилки или шунтирование) проводится с целью снижения риска возможного инсульта. Степень риска развития инсульта повышается пропорционально степени сужения внутренней сонной артерии. При сужении просвета артерии на 70% и более хирургическое вмешательство на внутренней сонной артерии имеет преимущество перед консервативным лечением в отношении снижения риска инсульта. Проведение операции на внутренней сонной артерии сопряжено с определенным риском, который зависит, в частности, от степени сужения внутренней сонной артерии на противоположной стороне, от выраженности уже наступивших в результате сужения патологических изменений и от сопутствующих заболеваний, причем, главным образом, от заболеваний сердца. Операция производится под общим наркозом или с использованием регионарного нервного блока. Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	י.ת.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости проведения операции _____
סוג הניתוח вид операции

(далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны объяснения о желаемых результатах операции и о том, что существует риск повторного сужения внутренней сонной артерии у 10-15% оперированных больных, причем эта повторная закупорка может наступить через месяцы и годы после операции. При этом в некоторых случаях требуется повторная операция.

Я осведомлен/а о побочных явлениях основной операции, включая боль и дискомфорт.

Мне известно, что имеется вероятность осложнений, включая кровотечение, инфекцию и повреждение нервов, иннервирующих язык, угол рта и голосовые связки.

Я получил/а информацию о риске развития инсульта и/или инфаркта миокарда во время основной операции или после нее. Вероятность указанных серьезных осложнений составляет около 3%.

Повышение степени риска может быть связано с состоянием внутренней сонной артерии на противоположной стороне и наличием других заболеваний.

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 операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются другие/дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные 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 всего сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולריה)



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

במשאלות, שווה כפי ונא לביצוע אחרים/השלמה של פעולות, כולל ניתוחים משאלות, אשר בהתאמה עם מקצועיים המעורבות של רופאים של מוסד הבריאות מיוצגים כחשובים/הכרחיים בתהליך של ניתוח.

אני יודע, שהניתוח מביצע תחת הרדמה כללית או תחת הרדמה מקומית, המידע על זה אקבל מרופא-אנזשולוג.

אני יודע ונא את הסכמי לזה, שהניתוח כל הפעולות אחרות יביצעו על ידי אנשים, אשר עליהם מוטלת אחריות זו, בהתאמה עם הכללים וההוראות של מוסד הבריאות, תחת אחריותו ובהתאמה עם החוק. בזה אני לא נשאל, שהפעולות המיוצגות כוללות או חלקית יביצעו על ידי אנשים-אשר-אשר-אשר.

חתימת החולה תחתית של החולה	שעה שעה	תאריך תאריך
-------------------------------	------------	----------------

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) תחתית של האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם אפוטרופוס (קירבה) שם אפוטרופוס (קירבה)
---	--

אני מאשר, שהנני מסביר/ת מפורטות את כל מה שצוין לעיל והכרחיים לרופא/ת האפוטרופוס של החולה*, ושהנני חתום/ת על טופס זה בעצמתי או באמצעות רופא/ת אחר/ת, כפי שאני מבין/ת, שהנני מבין/ת את כל מה שצוין לעיל.

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

* ליותר שטות



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)

