

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ORTHO/SURG/7830/0128 / יולי 1999

טופס הסכמה: ניתוח להארכת גף

LIMB LENGTHENING PROCEDURE БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДЛИНЕНИЮ КОНЕЧНОСТИ

Операция по удлинению конечности может быть произведена различными способами. Она включает рассечение кости, мобилизацию сухожилий и мышц и монтирование наружной или внутренней системы для непрерывного длительного скелетного вытяжения. После установки системы вытяжение конечности производится обычно в домашних условиях на протяжении нескольких месяцев. Процесс этот длительный, осуществляется в медленном темпе и требует настойчивости и упорства.

В большинстве случаев возможно и даже необходимо наступать на ногу/и после операции с использованием при этом вспомогательных средств.

Аппарат для вытяжения удаляется после достижения необходимого удлинения кости и ее укрепления. Иногда после удаления системы необходима фиксация конечности/ей в гипсе на протяжении нескольких недель.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .ז.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

об операции по удлинению правой/левой конечности/обеих конечностей*
методом _____ (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения в отношении альтернативных методов оперативного лечения, а также в отношении преимуществ и недостатков каждого из них.

Я осведомлен/а о том, что в некоторых случаях требуется дополнительное лечение и дополнительные операции для достижения желаемой цели.

Я получил/а объяснения о побочных явлениях, сопутствующих основной операции и процессу вытяжения, включая выраженные боли и дискомфорт.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию в области операции и в месте установки системы вытяжения, которые потребуют лечения вплоть до необходимости в оперативном вмешательстве. В редких случаях, во время операции возможно повреждение кровеносных сосудов и/или нервов, что может привести к функциональным нарушениям.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я
ט' ORTHO/SURG/7830/0128 / יולי 1999



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

פניתי, כי בתהליך ביצוע הפעולה העיקרית או אחרי סיומה שלה עלול להיבהר, כי צורך להרחיב את היקף ההתערבות ו/או לשנות את תכונה שלה; ייתכן, כי יתבצעו גם אחרות פעולות נוספות לשימור החיים של המטופל או למניעת סיבוכים, בתוכם וניתרופיות התערבויות. ידוע לי, כי אייתר אי אפשר לראות מראש את התרחשותם ואת תכונה שלהם, שווה כח ואת היקף הפעולות הרפואיות. אני מבינה ממש המשמעות של הפעולה כפי שהיא מתוארת בתוכנית, וכן בתוך הפעולה עצמה, הדרושים לטיפול. בהתאמה עם המטופל, אני מבינה את הרחבת היקף הפעולה ואת שינוי תכונה שלה, שווה כח ואת ביצוע אחרות/נוספות פעולות, כולל ניתרופיות התערבויות, הדרושים בהתאמה עם המעורבות של הרופאים במוסד הרפואי מוגדרות כחיוניות/דרושים בתהליך הפעולה העיקרית.

ידוע לי, כי הפעולה העיקרית מתבצעת תחת הרדמה כללית, וכן כי התשובות הרלוונטיות אני מקבלת מרופא-אנשטזיולוג.

ידוע לי וכן אני נותנת את הסכמי על כך, כי הפעולה העיקרית וכל אחרות הפעולות יתבצעו על ידי אנשים, להם מוטלת התאמה זו, בהתאמה עם הכללים וההוראות של המוסד הרפואי, תחת אחריותו ובהתאמה עם החוק. בתוך זה לא הובטח לי, כי הפעולות המוזכרות יתבצעו באופן מלא או חלקי על ידי אנשים מסוימים.

חתימת המטופל חתימת המטופל	שעה שעה	תאריך תאריך
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם האפוטרופוס (קירבה) שם האפוטרופוס (קירבה) שם האפוטרופוס (קירבה)	שם האפוטרופוס (קירבה) שם האפוטרופוס (קירבה) שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשרת, כי נתתי/נתת הסברים מפורטים מילולית של המשמעות והדרושים הפעולה העיקרית והפעולות הנדרשות לטיפול המטופל/אפוטרופוס המטופל*, וכן כי אני/אנחנו חתמת/חתמת על הנייר זה בהתאמה עם הנוכחות שלי/שלנו בהתאמה עם המוסד הרפואי לאחר מכן, כי אני/אנחנו מבינה/מבינה את המשמעות של הפעולה העיקרית והפעולות הנדרשות לטיפול המטופל/אפוטרופוס המטופל.

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

* זכור לך לסייג את הנוסף והלכה סייג לדרושים



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית