

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

1997/נובמבר/OUROL/SURG/U625/0052

טופס הסכמה: ניתוח להורדה וקיבוע של אשך טמיר ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)

Операция по опущению и закреплению не опустившегося яичка

Не опущение яичка (крипторхизм) – это врожденный дефект, при котором яичко не завершило своего спуска в мошонку.

Цель операции – опустить яичко в мошонку и закрепить его там, чтобы предотвратить нарушение плодовитости и облегчить раннюю диагностику других видов патологии. При операции производится разрез в паху. Яичко, семенной канатик и кровеносные сосуды, снабжающие яичко, отделяются от грыжевого мешка и/или от спаек, чтобы можно было опустить яичко в МОШОНКУ.

Если при операции обнаруживается, что кровеносные сосуды яичка слишком коротки, то может потребоваться двухэтапное оперативное вмешательство или придется мобилизовать семенной канатик со стороны брюшной полости. Эта процедура может привести к атрофии яичка. Когда при операции обнаруживается дефектное или недоразвитое не опустившееся яичко, которое невозможно опустить в мошонку, рекомендуется его удаление.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного:

_____	_____	_____	_____
фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

_____	_____
Фамилия	ИМЯ
שם משפחה	שם פרטי רופא/ה:

о необходимости проведения операции по опущению не опустившегося яичка справа/слева*.

בצד *שמאל/ ימין

(далее: "основная операция").

Настоящим я подтверждаю получение информации по поводу желаемых результатов основной операции, а именно – создание наиболее благоприятных условий для нормального развития яичка. Вместе с тем, я знаю, что не опустившееся яичко может быть неполноценным, и поэтому может потребоваться его удаление. Даже если яичко окажется нормальным, не гарантировано его полноценное развитие после операции, равно как не исключена возможность его возвращения на прежнее место в паху, что потребует дополнительной операции.

Мне разъяснили, что не существует других методов лечения крипторхизма.

Настоящим я подтверждаю, что получил разъяснения по поводу побочных явлений основной операции, включая боль и дискомфорт.

Я осведомлен также о возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию, кровотечение, повреждение семенного канатика и/или повреждение кровеносных сосудов яичка, и/или повреждение самого яичка, что приведет к его атрофии.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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 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 основной операции.

Мне известно, что операция производится под общим наркозом, и соответствующие разъяснения по этому поводу я получаю от врача-анестезиолога.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים

איגוד הכירורגים בישראל



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

_____	_____	_____
подпись пациента	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

_____	_____
имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)
שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного*, и что он подписал в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

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

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים
איגוד הכירורגים בישראל

