

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 0520/0000/OSUR/נובמבר 2000

טופס הסכמה: כריתת האהוד הגבי העליון בתורסקופיה בשל הזעת יתר בידים THORACOSCOPIC UPPER DORSAL SYMPATHECTOMY FOR PALMAR HYPERHYDROSIS

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТЕКТОМИЯ ПРИ ПОТЛИВОСТИ ЛАДОНЕЙ

Чрезмерная потливость ладоней связана с повышенной активностью одного из отделов нервной системы. Ее можно уменьшить путем перерезки или удаления нерва, иннервирующего потовые железы ладони и ответственного за их функцию. Операция производится по методу торакоскопии.

Торакоскопия – это хирургическое воздействие, при котором через маленький разрез (одно- или двусторонний) стенки грудной клетки в последнюю вводятся инструменты, с помощью которых производятся необходимые манипуляции.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.I.N
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי

имя

שם משפחה

фамилия

об операции удаления нерва, ответственного за чрезмерную потливость ладоней справа/слева/с двух сторон * методом торакоскопии (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно о том, что основная операция, возможно, не приведет к уменьшению потливости, и/или потливость возобновится.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о возможных сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, излишнюю потливость других областей тела.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включая: кровотечение, которое в редких случаях может потребовать вскрытия грудной клетки для остановки кровотечения; инфекцию, опущение века, повреждение органов грудной клетки. В случаях скопления воздуха внутри грудной клетки возникает необходимость ее дренирования путем введения в грудную полость трубки на определенное время.

Я поставлен/а в известность о том, что существует возможность произвести операцию «открытым способом». После того, как мне были объяснены сущность «открытого способа», его преимущества и недостатки, я взвесил/а обе возможности и предпочел/а торакоскопию.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции методом торакоскопии.

Я поставлен/а в известность, что во время операции торакоскопии перерезка или удаление нерва могут оказаться невыполнимыми, и тогда возникнет необходимость перейти к операции «открытым способом».

Я прошу продолжить/не продолжать * операцию «открытым способом», при которой производится разрез над ключицей или в подмышечной области.

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



ההסתדרות הרפואית בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט OSUR/000/0520/0063 /נובמבר 2000

אחרים/השלמה הפעולות למצאת חיים למטופל או למניעת סיבוכים, כולל כולל והשלמה ניתוחיים התערבות.

למי ידוע, אי אפשר לראות מראש את התרחשותו ואת אופי הסיבוכים, שווה כמות ונדרשים טיפולים. אני מבינה ממש המשמעות של המשפט למעלה כפי שמוזכר בפרוטוקול הסיבוכים, כפי שמוזכר בהתאמה, הדרושים למטופל. אני מאשרת את הרחבת היקף השינוי באופי

התערבות, שווה כמות ואת השלמה הפעולות אחרים, כולל ניתוחיים התערבות, אשר בהתאמה עם התקנים מקצועיים המלצות רופאים מוסד הטיפול מיושבות חיוניות/דרושים בתהליך הניתוח.

למי ידוע, הניתוח העיקרי יבוצע תחת הרדמה כללית ושהתאמות הדרושים אני מקבלת מרופא-אנזשולוג.

למי ידוע ואני מאשרת את זה, שהניתוח העיקרי והפעולות אחרים יבוצעו על ידי אנשים, אשר עליהם מוטלת אחריות בהתאמה עם הכללים וההוראות מוסד הטיפול, תחת אחריותו ובהתאמה עם החוק. במהלך זה לא הבטחתי, שהמשפט יבוצע ממש או חלקית על ידי אנשים מסוימים.

חתימת החולה חתימת המטופל	שעה שעה	תאריך תאריך
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת הוראה (במקרה, אם המטופל אינו מסוגל, נמוג או חולה נפש) חתימת הוראה (במקרה, אם המטופל אינו מסוגל, נמוג או חולה נפש)		שם אפוטרופוס (קירבה) שם אפוטרופוס (קירבה) שם אפוטרופוס (קירבה)

אני מאשרת, שהמשפט יבוצע על ידי אנשים מסוימים ושהמשפט יבוצע על ידי אנשים מסוימים, ושהמשפט יבוצע על ידי אנשים מסוימים, ושהמשפט יבוצע על ידי אנשים מסוימים.

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

* ליותר שחוק



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל