

טופס הסכמה: השתלת קוצב לב

PACEMAKER IMPLANTATION

Имплантация сердечного стимулятора

ריתם, который может привести к потере сознания, и даже к остановке сердца. Электроды вводятся через вены в полость сердца с помощью просвечивания рентгеном, подключается стимулятор, и внедряется под кожу.

Процедура проводится под местным наркозом с/без успокоительных препаратов.

имя пациента/ки: _____

фамилия
שם משפחה

имя
שם פרטי

имя отца
שם האב

паспорт .I.N

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____

фамилия

имя

שם פרטי

רופא/ה:

שם משפחה

О потребности в имплантации сердечного стимулятора (далее: "данная процедура").

Я знаю, что в большинстве случаев предотвращается замедление сердечного ритма.

Я подтверждаю здесь получение информации по поводу побочных явлений данной процедуры, включая: боль и дискомфорт на месте имплантации стимулятора, что может мешать движениям руки с той стороны.

Также, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях данной процедуры, включая:

- Кровоподтек на месте имплантации, который иногда требуется открыть и удалить.
- Повреждение плевры и возможность прокола легкого иглой, что требует иногда введения дренажной трубки в грудную клетку.
- Прокол сердечной стенки, который в редких случаях приводит к значительному протеканию крови, из-за чего требуется дренаж полости сердечной сумки с помощью иглы а иногда срочная операция.
- Смещение одной из электрод, что требует повторной процедуры.
- Инфекция в области операции, из-за которой может потребоваться извлечение всей системы, и иногда также лечение антибиотиками.
- Серьезные нарушения сердечного ритма во время процедуры, для прекращения которых могут потребоваться лекарственные препараты или электрический шок.

Вероятность вышеперечисленных осложнений относительно редка. В редких случаях эти осложнения могут привести к смерти.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Также, я подтверждаю здесь, что мне объяснили, и я понимаю, что возможно в течении данной процедуры потребуются расширить ее, изменить или прибегнуть к другим или дополнительным процедурам с целью спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая дополнительные хирургические действия. Потребность в этих незапланированных процедурах нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Поэтому, я согласен/а также на расширение, изменение или проведение других или дополнительных процедур, включая хирургические действия, которые будут необходимы по мнению врачей больницы в течении данной операции.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию и получение успокоительных препаратов, будучи осведомлен/а о том, что в редких случаях употребление успокоительных препаратов приводит к нарушениям дыхательной и сердечной деятельности, особенно у сердечных и легочных больных, а также о возможности аллергической реакции различной тяжести на вещества анестезии. Если процедура будет проводиться под общим наркозом, я получу разъяснения от анестезиолога.



מכון הלב
מנהל: פרופ' אברהם שוטן

טיפול נמרץ לב

יח' צנתורים

יח' בלתי-פולשנית

מנהל: פרופ' דוד בלונדהיים/מנהל: פרופ' שמחה מיזל

מנהל: פרופ' אהרון פרימרמן

Я знаю, и согласен/а с тем, что процедура, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что OCARD/0000/3780/0187 ט'יולי/2000

они будут исполнены вполностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

подпись пациента/ки
חתימת החולה

время
שעה

дата
תאריך

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל-פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה

על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה
*מחק/י את המיותר

חתימת הרופא

מס' רשיון



ט. נמרץ לב: 04-6304419 טלפון: מכון הלב: 04-6304565
04-6341369

ת.ד. 169, חדרה 38100, ISRAEL | P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL

קרדיולוגיה לא פולשנית: 04-6304488
פקס: 04-6304422

<http://hy.health.gov.il>

המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות
Hillel Yaffe Medical Center affiliated with the Rappaport Faculty of Medicine, The Technion, Haifa | The State of Israel - Ministry of Health