המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

יולי 998/ORTHO/HSRG/8211

"טופס הסכמה: ניתוח לשחרור "אצבע הדק" RELEASE OF TRIGGER FINGER БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОСВОБОЖДЕНИЕ «КУРКОВОГО ПАЛЬЦА»

«Курковый палец» - результат повреждения сухожилий, сгибающих палец. Причина заболевания часто остается неясной. Целью описываемой операции является освобождение поврежденных сухожилий и обеспечение свободных движений пальца/ев. Операционная рана обычно зашивается, швы снимаются через 10 дней после операции.

Одним из компонентов послеоперационного лечения «куркового пальца» является физиотерапия. Операция производится под местной или регионарной анестезией в сочетании с наложением жгута на оперируемую конечность с целью временного пережатия артерии, что может вызвать ощущение сдавления в оперируемой руке.

			данные больного		
ת.ז.	שם האב	שם פרטי	שם משפחה		
номер паспорта	имя отца	имя	фамилия		
ד א אמוואסרט דוזבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבבב	ועסוו א סאנומאגה שם משפחה		получил подроо	ное устное объяснение от докт	
שם פו טי	,,,,				
ИМЯ	фамилия	I			

о необходимости операции по исправлению «куркового пальца» (Release of trigger finger) на правой/левой* руке на пальце 1/2/3/4/5* (далее: «Основная операция»). Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, которые удается достигнуть у

Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, которые удается достигнуть у большинства оперируемых больных.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил объяснения в отношении возможных сопутствующих явлений после основной операции, к которым относятся боль, дискомфорт и местные кровоподтеки; последние в дальнейшем самостоятельно рассасываются.

Кроме того, меня информировали о том, какие возможные опасности и осложнения могут быть связаны с проведением основной операции. К ним относятся спайки и ограничение подвижности оперированного пальца, что потребует продолжительной физиотерапии; инфекция в области операции и повреждение нервов, которые обычно проходят самостоятельно, однако могут потребовать повторной операции для их устранения.

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 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.





המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Настоящим я также даю согласие на проведение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с пережатием артерии после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных опасностей и осложнений местной анестезии, включая, с одной стороны, аллергические реакции разной степени выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии, с другой – повреждение нервов или сосудов при проведении регионарной анестезии. Если будет принято решение о проведении основной операции под общим наркозом, то я получу соответствующие разъяснения от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

	מת החולה	חתינ	שעה	תאריך
	подпись бо	льного	час	дата
	פסול דין, קטין או חולה נפש)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		
	подпись опекуна (в слу	фамилия опекуна		
	способен, несовершенн			(степень родства)
Я подтверждаю, что	дал/а подробные устные о			
больному/опекуну б	5 ольного * , и что он/она под	писал/а в моем п	рисутствии нас	тоящий бланк
	, как я убедился/ась, что мо			
	, , ,			
_	 מס' רישיון		חתימת הר חתימת הר	שם הרופא/ה
	номер лицензии		ись врача	фамилия врача
*	momep andensam	подп	nes spa ia	фанили вра на





^{*} Лишнее стереть