

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1999 / ORTHO/SHLDR/8182/0090 יוני

טופס הסכמה: ניתוח לייצוב הכתף

REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПЛЕЧА (ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА)

Операция укрепления плеча производится при привычных вывихах и подвывихах в плечевом суставе. Целью операции является укрепление сустава при максимальном сохранении объема его движений. Операцию можно осуществить «открытым способом» или с помощью артроскопа – «закрытым способом». Выбор способа зависит от профессиональных соображений врача. Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

י.ת.נ

фамилия

имя

имя отца

номер паспорта

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

שם פרטי

שם משפחה

имя

фамилия

об операции укрепления правого/левого* плеча закрытым/открытым* способом (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне объяснено, что после операции понадобится фиксация плечевого сустава на протяжении 3-8 недель в соответствии с решением хирурга, а также в зависимости от способа операции. Я понимаю также, что на протяжении этого периода я не смогу пользоваться оперированной рукой. Кроме того, мне известно, что после операции я буду нуждаться в восстановительной физиотерапии. Я осведомлен/а о том, что в течение полугода после операции я не смогу заниматься спортом, и на протяжении года мне следует избегать резких движений и нагрузки на оперированный плечевой сустав.

Я знаю, что при любых обстоятельствах объем движений в этом суставе останется относительно ограниченным.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил объяснения относительно сопутствующих явлений после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, к которым относятся: инфекция, для лечения которой может потребоваться дополнительная операция; повреждение нерва, которое может вызвать нарушение функции плеча и всей верхней конечности; повторные смещения плеча в оперированном суставе. Описанные осложнения встречаются нечасто.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения о том, что в процессе основной операции может возникнуть необходимость изменить ее характер в связи с выявленными во время операции изменениями и/или перейти от «закрытого способа» к «открытому способу».

Настоящим я даю 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 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 основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה



