

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1998 /OOENT/SURG/0634/0056 ינואר

טופס הסכמה: ניתוח לכריתה שלמה/ חלקית/ אונתית של בלוטת התריס
(בלוטת המגן)

THYROIDECTOMY (LOBECTOMY/PARTIAL/TOTAL)

Бланк согласия: Операция удаления щитовидной железы – полного удаления/частичного удаления/удаления доли

Операция удаления щитовидной железы производится в случаях повышенной активности железы, которая не поддается консервативному лечению или при наличии некоторых находок в железе.

Операция проводится под общим наркозом; в процессе операции удаляются обнаруженные находки, железа или часть ее.

В большинстве случаев в районе операции оставляется дренаж. Когда планируется удаление одной доли, сохраняется вероятность того, что возникнет необходимость одновременного удаления второй доли на основании гистологического ответа во время операции, или потребуются дополнительная операция на основании более позднего гистологического ответа.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n
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

о необходимости удаления щитовидной железы - полного удаления/частичного удаления/ удаления находок* (далее: «Основная операция»).

Я осведомлен/а об ожидаемых результатах операции и о возможной необходимости в приеме препаратов йода после операции с целью завершения лечения. Кроме того, мне объяснено, что останется послеоперационный рубец на передней поверхности шеи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о возможных побочных эффектах операции, включая боли и дискомфорт в течение нескольких дней. Кроме того, существует вероятность того, что потребуются прием заместительных гормональных препаратов, компенсирующих функцию щитовидной железы сразу же после операции или в более позднем периоде.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: кровотечение, которое требует иногда повторного оперативного вмешательства; инфекцию в области операции; охриплость, преходящую или постоянную в результате повреждения возвратного нерва и изредка паралич голосовых связок; нарушения дыхания, которые могут потребовать наложения трахеостомы (TRACHEOTOMY); снижение уровня кальция в крови, как результат повреждения паращитовидных желез (PARATHYROID), что потребует длительного или постоянного медикаментозного лечения.

Настоящим я даю согласие на выполнение 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



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

איגוד רופאי אף אוזן גרון וכירורגית של ראש וצוואר

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

נדרש להרחיב את כמות ההתערבות ו/או לשנות את אופייה; ייתכן, שיש צורך גם בפעולות נוספות להצלת חיי החולה או למניעת סיבוכים, כולל פעולות כירורגיות. ידוע לי, שיש בלתי אפשרי לראות מראש את אופייה ואת אופייה של הסיבוכים, כמו גם את כמות הפעולות הטיפוליות. אני מבינה ממשל המצוטט כפי שיש בלתי אפשרי לראות סיבוכים, גם בלתי אפשרי לראות הפעולות, הדרושים להצלת חיי החולה. בהתאמה למה שצוטט, אני נותנת הסכמה להרחבת כמותה ולשינוי אופייה של הפעולה, כמו גם להצלת חיי החולה/פעולות נוספות, כולל פעולות כירורגיות, הדרושים בהתאמה למה שצוטט עם המלצות מקצועיות של רופאי החולה, הדרושים בתהליך הפעולה.

ידוע לי, שיש הפעולה תהיה מיושמת תחת הרדמה כללית ויש הסכמות מתאימות שאני מקבלת מרופא-אנשטזיולוג.

ידוע לי ויש הסכמה שלי על כך, שיש הפעולה וכל הפעולות האחרות תהיינה מיושמות על ידי אנשים, עליהם מוטלת אחריות זו בהתאמה למה שצוטט עם הכללים וההוראות של החולה, תחת אחריותו ובהתאמה למה שצוטט. בלתי אפשרי לי לא להבטיח, שיש הפעולות הנ"ל תהיינה מיושמות על ידי אנשים מסוימים.

תאריך	שעה	חתימת החולה
תאריך	שעה	חתימת החולה
תאריך	שעה	חתימת החולה
תאריך	שעה	חתימת החולה

שם אפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
שם אפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
שם אפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
שם אפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשרת, שיש הסברתי/תיארוטי לחולה/אפוטרופוס החולה* את כל מה שצוטט ויש צורך בהסברתו מספיק מפורטת, ויש שהחולה/אפוטרופוס החולה חתם/ה חתמה על הטופס הזה בעצמתי/ה בעצמתי בהתאמה למה שצוטט, כפי שיש בלתי אפשרי לראות את ההסברתי, כפי שיש בלתי אפשרי לראות את ההסברתי.

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

* מיותר להסיר



החברה לניהול סיכונים רפואיים



הסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

איגוד רופאי אף אוזן גרון וכירורגית של ראש וצוואר