

## Согласие пациента: трахеотомия

Трахеотомия – это процедура, при которой производится вскрытие трахеи в нижней части шеи, в качестве альтернативы естественным дыхательным путям (нос, рот). Для того, чтобы отверстие оставалось открытым, в него вводится канюля. Процедура проводится при блокировке верхних дыхательных путей, при необходимости в продолжительном искусственном дыхании или для дренажа и отсасывания выделений из дыхательных путей.

После трахеотомии пациент утрачивает способность к речи. В некоторых случаях трахеотомия перманентна.

Процедура производится под общей или местной анестезией.

Имя пациента: \_\_\_\_\_  
Фамилия                      Имя                      Отчество                      № удост. личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор \_\_\_\_\_ предоставил  
Фамилия                      Имя

мне подробные устные разъяснения в отношении необходимости в проведении трахеотомии в связи с \_\_\_\_\_ (далее по тексту - “процедура”).

Мне объяснили, что при проведении трахеотомии возможны технические осложнения, выраженные в невозможности введения канюли в трахею или в отклонении введенной канюли от планового направления.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были разъяснены побочные эффекты процедуры, в том числе боль и дискомфорт, и незначительное кровотечение по краям хирургической раны.

Мне объяснили, что в любом случае после процедуры останется шрам, форма которого зависит от моего типа кожи и ее способности к восстановлению; в некоторых случаях возможно формирование келоидных (плотных, выступающих) шрамов.

Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения процедуры, в том числе: продолжительный дискомфорт, трудности при глотании, инфекция и выделения из хирургической раны, которые могут попасть в легкие или средостение, грануляция в области трахеотомии и в трахее, требующие лечения, обильное, угрожающее жизни кровотечение, перфорация легкого, перфорация гортани, перфорация пищевода, некроз хряща трахеи, непроходимость канюли и асфиксия. В редких случаях, некоторые осложнения могут привести к смерти.

После закрытия отверстия в месте проведения трахеотомии, возможно временное или постоянное изменение тембра голоса и образование фистулы между трахеей и кожей.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



Настоящим даю свое согласие на проведение процедуры.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно существование вероятности того, что в процессе проведения данной процедуры, может возникнуть необходимость в расширении ее объемов, ее модификации или в проведении иных или дополнительных процедур для спасения жизни или предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительных видов инвазивного вмешательства, которые не могут быть с уверенностью или в полном объеме предсказаны на данном этапе, однако, значение которых мне было разъяснено. Выражаю свое согласие на вышеописанное расширение объемов, модификацию данной процедуры и проведение иных или дополнительных процедур, включая хирургические, которые доктора данного медицинского учреждения в ходе процедуры сочтут необходимыми для спасения жизни или для проведения процедуры.

Я также даю свое согласие на применение местных анестетиков, внутривенно или иным образом; мне предоставлены разъяснения рисков и осложнений местных анестетиков, в том числе аллергические реакции различной степени тяжести, и возможные осложнения в связи с использованием седативов, которые могут, в редких случаях, вызвать расстройства дыхательной или сердечно-сосудистой системы, особенно среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых или респираторных заболеваний

Мне известно, что, если процедура будет проведена под общей анестезией, соответствующие разъяснения будут предоставлены мне анестезиологом.

Я осознаю и согласен на то, что данная процедура и любые иные процедуры будут проведены лицом, назначенным для проведения таковых в соответствии с внутренним распорядком и инструкциями лечебного учреждения, при условии, что процедуры будут проведены в рамках ответственности, принятой на себя медицинским учреждением и установленной законодательством; заверений о том, что вся процедура или ее часть будет проведена каким-либо конкретным лицом мне предоставлено не было.

---

Дата	Время	Подпись пациента
------	-------	------------------

---

Имя опекуна (род отношений с пациентом)      Подпись опекуна (для недееспособных, несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)

Настоящим подтверждаю, что мной предоставлены устные разъяснения пациенту/ опекуну пациента\* в отношении всего вышесказанного, в необходимых подробностях, а также что данное согласие было подписано пациентом в моем присутствии после того, как я убедился в полном понимании моих разъяснений пациентом.

Имя лечащего врача

Подпись лечащего врача

лицензия №

\* Ненужное вычеркнуть

**Медицинская Ассоциация Израила**

**Medical Risk Management Company Ltd.**

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

