

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 1997 /OBGYN/SLPG/6621/0066 ספטמבר

טופס הסכמה: ניתוח לקשירת הצווצרות

TUBAL LIGATION

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕВЯЗКИ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ

Перевязка фаллопиевых труб производится с целью предупреждения беременности, наступающей в результате естественного оплодотворения.

Операция производится методом лапароскопии (закрытый способ), т.е. путем введения в брюшную полость инструментов через маленькие разрезы в передней брюшной стенке с одновременным заполнением брюшной полости углекислым газом (CO₂).

Операция производится под общим наркозом.

Перевязка фаллопиевых труб может явиться дополнительным вмешательством во время выполнения других хирургических операций, связанных со вскрытием брюшной полости.

Данные больной _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об операции по перевязке фаллопиевых труб с целью стерилизации (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлена о том, что в некоторых случаях стерилизация может оказаться неэффективной, или эффект ее будет непродолжительным. Частота неудач при различных способах перевязки колеблется, согласно данным литературы, от 1 до 5 на тысячу оперированных женщин.

Я осведомлена о возможных для меня альтернативных способах предупреждения беременности, о достоинствах и недостатках каждого из них, а также о связанных с ними опасностях и осложнениях. Мне известно, что достигнутое в результате основной операции бесплодие является в большинстве случаев необратимым. Имеющиеся данные о шансах на успех операции по «открытию труб» вариабельны и недостоверны.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, выполненной методом лапароскопии, включая: боли и дискомфорт в области разрезов; боли в плечах, связанные с раздражением диафрагмы газом, поступившим в брюшную полость. Эти явления обычно проходят в течение нескольких дней.

Кроме того, мне известны возможные опасности и осложнения, связанные с проведением лапароскопии, включая: инфекцию, повреждение органов брюшной полости или крупных кровеносных сосудов, и/или технические трудности при выполнении операции, которые могут потребовать перехода к «открытому способу», т.е. вскрытию брюшной полости с целью исправления повреждений или завершения операции по перевязке фаллопиевых труб.

Настоящим я заявляю, что, насколько мне известно, я/моя жена не беременна.

Настоящим я изъявляю свое 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 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



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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 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.

Мне известно, что основная операция производится под общим наркозом, и соответствующие объяснения я получу у 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.

חתימת החולה подпись больной	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больная – лицо, лишенное прав, несовершеннолетняя или душевнобольная)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

