

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OSURG/OOUH/5340/0047 / נובמבר 1997

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון בקע טבורי

REPAIR OF UMBILICAL HERNIA

Операция по вправлению грыжи пупка

Грыжа пупка обычно является врожденным дефектом, и реже приобретенным. Операция по вправлению грыжи пупка предназначена для устранения сопровождающих грыжу явлений, таких как боль и воспаление, для освобождения ущемления, или для его предотвращения. Операция обычно проводится под общим наркозом. Производится надрез в области пупка. В некоторых случаях для вправления грыжи понадобится сетка- имплант. В некоторых случаях требуется вырезать пупок.

имя пациента/קי: _____

פאספּוּרְט	פאמיליא	ימא	ימא אָטאַ
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ל.א.
Я подтверждаю	здесь устное	получение	подробной информации от доктора

פאמיליא _____ ימא _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ רופא/ה: _____

О потребности в операции по вправлению грыжи пупка. (далее: «данная операция»)

Я подтверждаю здесь получение разъяснений по поводу желаемых результатов и о возможных побочных явлениях после данной операции, включая боль и дискомфорт.

Также я осведомлен/а о возможных риске и осложнениях, включая: инфекцию, кровотечение, и в редких случаях повреждение внутренних органов – что потребует более объемной операции. Также существует возможность повторного появления грыжи, для вправления которой понадобится операция.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Я подтверждаю что знаю и понимаю, что в течении операции может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласен/а на расширение операции, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной операции.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию, получив информацию о ее возможных осложнениях, включая различной степени аллергическую реакцию на вещества анестезии.

Если для данной операции будет избран общий или региональный наркоз, я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.

Я знаю и согласен/а с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, полностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

חתימת החולה	שם	תאריך
_____	_____	_____
имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)	
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט דרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מחקי/ את המיותר _____ שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים