

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2004 / VASUR/0000/3850/0254 נובמבר

טופס הסכמה: ניתוח ורידים דליתיים בגפיים התחתונות

OPERATION FOR VARICOSE VEINS OF THE LEGS

Бланк согласия: Операция на варикозных венах нижних конечностей

Расширение (варикоз) вен нижних конечностей является признаком поражения поверхностной венозной системы на фоне недостаточности венозных клапанов и/или патологии венозных стенок. При расширении системы поверхностных вен ноги могут выглядеть неэстетично; возможны чувство тяжести в ногах, отеки на ногах, воспаление вен, изменение цвета кожи ног и образование хронических язв.

Во время операции удаляется основная вена поверхностной системы во всю ее длину /или расширенные отрезки вены на протяжении конечности с целью уменьшения признаков и симптомов, вызываемых расширением венозной системы. Существует вероятность, что основная вена поверхностной системы удаляться не будет.

Операция проводится под общим наркозом, регионарной или местной анестезией.

Данные больного

| | | | |
|----------|---------|----------|-----------------|
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | .i.n |
| фамилия | имя | отчество | номер уд. личн. |

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

| | |
|---------|----------|
| שם פרטי | שם משפחה |
| имя | фамилия |

об операции на варикозных венах

_____ вид операции

на правой/левой* ноге/обеих ногах* (далее: «Основная операция»).

Мне объяснено, что не всегда можно удалить все варикозные узлы, что не все варикозные расширения исчезнут после операции, и что существует относительно высокая вероятность появления со временем новых и дополнительных узлов.

Мне объяснено, что в любом случае останутся рубцы на месте разрезов. Форма и цвет рубцов зависят от свойств кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях при заживлении образуются избыточные рубцы и/или келоидные рубцы (выступающие над поверхностью кожи).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о побочных эффектах

основной операции, включая: боль, дискомфорт, подкожные кровоизлияния, которые могут быть распространенными. Иногда появляется сеть тонких вен в области удаленных узлов.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: инфекцию и кровотечение; неврологические нарушения, которые проявляются пониженной или повышенной чувствительностью и/или болями. Частота нарушения чувствительности увеличивается пропорционально длине удаленного участка основной вены. Иногда неврологические расстройства могут остаться постоянными и требовать соответствующего лечения. Кроме того, существует вероятность развития лимфатического отека в области лодыжки, который в редких случаях может стать постоянным. В дополнение к этому, существует редкая вероятность повреждения больших вен и/или артерий верхнего отдела бедра, что потребует немедленного вмешательства.



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Изредка возможно развитие воспаления глубоких вен, что потребует соответствующего 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 может выясниться, что необходимо расширить ее объем, изменить ее характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но я получил необходимые разъяснения, и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на это расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Я согласен/на с тем, что основная операция будет произведена под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен об опасностях и возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно, что основная операция обычно производится под общим наркозом или регионарной анестезией и что соответствующие разъяснения я получаю от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

Ответственным за операцию будет _____
שם הרופא фамилия врача

| חתימת החולה подпись больного | שעה час | תאריך дата |
|---|------------|--|
| חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной) | | שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства) |

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а 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 |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

* Лишнее вычеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)

