Согласие пациента

Введение ушных шунтов

Процедура производится путем небольшого надреза барабанной перепонки и введением тоненькой полой трубочки (диаметром около 2 мм) с «крылышками», закрепляемыми по обе стороны надреза и удерживающими трубку на месте.

Медицинскими показаниями к введению ушных шунтов являются: продолжительное накопление жидкости в ушах, рецидивирующее воспаление среднего уха, “рваная” барабанная перепонка, попавшая внутрь уха вследствие разницы в давлении и вакуума в полости внутреннего уха, особые случаи, требующие введения лекарственных средств в среднее ухо, лечение с использованием барокамеры.

Целями процедуры являются: улучшение слуха, предотвращение или облегчение воспаления среднего уха, предотвращение долгосрочных осложнений.

Операция проводится под общей анестезией (для детей) или местной анестезией (для некоторых взрослых). Процедура проводится под микроскопом, путем произведения надреза барабанной перепонки, удаления жидкости из уха и ввода трубки.

Имя пациента: _____

Фамилия Имя Отчество № удост. личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор _____ предоставил

Фамилия Имя

мне подробные устные разъяснения в отношении необходимости введения ушных шунтов с правой / левой стороны / обеих сторон

в связи с _____ (далее по тексту: “процедура”)

Мне сообщили, что в некоторых случаях может потребоваться повторная операция, в связи с рецидивом накопления жидкости в ушах, преждевременным удалением трубки или неудачным введением трубки. В большинстве случаев, трубка удаляется из уха самостоятельно, естественным образом, через определенное время – от нескольких месяцев до двух лет, однако, в некоторых случаях, для ее удаления может потребоваться дополнительная операция.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено разъяснение побочных эффектов процедуры, в том числе незначительное кровотечение из ушей; гнойные выделения из уха через шунты, которые могут начаться после попадания воды в ухо, простуды или инфекции среднего уха.

Кроме того, мне предоставлено разъяснение возможных рисков и осложнений процедуры, в том числе: перфорация барабанной перепонки после удаления шунтов, требующая дополнительной операции по закрытию перфорации, закупорка трубки (шунта) выделениями или сгусками крови, шрамы на барабанной перепонке. Среди крайне редких осложнений: звон в ушах, нарушение чувства вкуса, повреждение лицевого нерва, повреждение крупного кровеносного сосуда в ухе, холостеома.

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, как путем внутривенного введения седативов, так и без такового; 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 Израиля **Medical Risk Management Company Ltd.**