

Согласие пациента

Операция на шее

Процедуры на мягких тканях шеи проводятся в целях диагностики и/ли удаления опухолей, узлов или кист, вскрытия абсцессов, при инфекциях и других показаниях.
Операция проводится под 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 хирургического вмешательства на _____ стороне _____ шеи в _____ связи _____ с _____

_____ (далее по тексту: "процедура")

Мне сообщили, что, в некоторых случаях, обнаруженное образование может быть удалено не полностью. Решение о дальнейшем лечении принимается в зависимости от обстоятельств.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено разъяснение о побочных эффектах процедуры, в том числе: боли и дискомфорт (возможно, продолжительные), снижение чувствительности кожи шеи и лица (обычно временное).

Кроме того, мне предоставлено разъяснение возможных рисков и осложнений, в том числе: инфекция, кровотечение (которое может повлечь угрозу жизни), перфорация глотки, пищевода, трахеи или легкого, перманентное вытекание из области операции (фистула), опухание лица, неврологические повреждения, которые могут вызвать нарушение подвижности мышц лица, языка, трудности при глотании и дыхании, изменение или потерю голоса, слабость или ограниченность подвижности плеча, серьёзные проблемы с дыханием, которые могут потребовать интубации (трахеостомии), повреждение мозга вследствие повреждения сонной артерии.

Мне сообщили, что, при любом исходе, на моей шее останется шрам, однако, также возможно необратимое снижение или утрата чувствительности кожи. Форма шрама зависит от моего типа кожи и ее способности к регенерации; в некоторых случаях возможно образование келлоидных (плотных, выступающих) шрамов.

Настоящим даю свое согласие на проведение процедуры.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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



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 инвазивной 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.

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) несовершеннолетних или психически неполноценных пациентов)	Подпись опекуна	(для недееспособных,
---	-----------------	----------------------

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.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



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

