

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0156/0740/0000/OBGYN/מאי 2006

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי ללא הוריה רפואית עפ"י בקשת היולדת

Elective cesarean section upon patient's request

Плановое кесарево сечение по просьбе роженицы

Настоящим заявляю и подтверждаю, что я прошу разрешить мою беременность и произвести мне операцию кесарева сечения, несмотря на то, что для этого нет медицинских показаний и оснований. Я подтверждаю, что выбрала этот метод (кесарево сечение), несмотря на то, что он связан с более высокими медицинским риском и осложнениями, чем влагалищные роды.

Я подтверждаю, что мои лечащие врачи рекомендовали мне ожидать самопроизвольных и/или стимулированных влагалищных родов, но по собственному желанию и личным обстоятельствам я решила не следовать этой рекомендации.

Я заявляю, что просила, чтобы мне было произведено кесарево сечение, на основе взвешенной оценки достоинств и недостатков кесарева сечения по сравнению с влагалищными родами. Я заявляю о том, что эта моя подпись на настоящем бланке не является «согласием» на предложенное/рекомендованное лечение, а подтверждает, что я выбрала кесарево сечение.

Данные роженицы

שם פרטי	שם משפחה	שם האב	ז.ת.
имя	фамилия	отчество	номер удостоверения личности

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о возможных риске, осложнениях и побочных эффектах выполнения кесарева сечения (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были даны объяснения о предстоящем вмешательстве, желаемых результатах и побочных эффектах основной операции, включая боли и дискомфорт. Я осведомлена, что смертность и заболеваемость женщин при кесаревом сечении выше, чем при влагалищных родах, и они увеличиваются с каждым последующим кесаревым сечением у одной и той же женщины. Кроме того, мне объяснено, что процесс восстановления после операции кесарева сечения более продолжителен, чем после влагалищных родов, и что возможны сложности при осуществлении первого контакта с новорожденным (Bonding) и трудности при грудном кормлении. Я осведомлена также о возможном риске и осложнениях кесарева сечения, включая:

Осложнения в процессе операции:

- Необходимость общего наркоза при возможных осложнениях.
- Разрыв или расхождение операционного разреза матки, которые могут привести к кровотечению из кровеносных сосудов матки, что потребует переливания крови, а в некоторых случаях – удаления матки.
- Повреждение мочевого пузыря, мочеточников или соседних органов (кишечника).

Мне объяснено, что осложнения могут быть не диагностированы и не устранены во время основной операции, и что в связи с этим может возникнуть необходимость в корригирующей операции на более позднем этапе.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Осложнения после операции:

- Температура и/или инфекция в матке или в тазу.
- Инфекции мочевыводящих путей.
- Инфекция операционной раны.
- Нарушения функции кишечника (непроходимость).
- Скопления крови в матке и в тазу (гематомы).
- Образование тромбов в глубоких венах (тромбоз) и эмболия легких (тромбо-эмболизм).

Данные роженицы

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n
фамилия	имя	отчество	номер удостоверения личности

Мне объяснено, что эти состояния могут привести к болям и страданиям временного или постоянного характера, а в очень редких случаях – даже к смерти.

Осложнения у новорожденного:

- Порезы скальпелем, сделанные по ошибке.
- Повышенная потребность в даче кислорода или искусственном дыхании у новорожденных после кесарева сечения.

Отдаленное влияние на будущие беременности:

- Разрыв матки во время беременности или родов.
- Ненормальное прикрепление плаценты (врастающая плацента).
- Повышенный шанс повторных кесаревых сечений (ограничение возможности влагалищных родов в будущем).
- Более частые осложнения при повторных операциях кесарева сечения.
- Ограничение количества будущих родов/кесаревых сечений.
- Затрудненное наступление следующих беременностей.
- Спайки в тазу и в брюшной полости (и в результате – боли в животе и непроходимость).

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я поняла, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие или дополнительные действия для спасения моей жизни или предотвращения ущерба для здоровья, в том числе и хирургические вмешательства, которые невозможно предвидеть заранее и во всей полноте, но мне разъяснили их смысл.

С учетом сказанного, я даю согласие на 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 представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под эпидуральной, спинальной анестезией и/или общим наркозом, и что операция требует более высокой степени обезболивания и/или искусственного дыхания с помощью трубки, введенной в дыхательное горло. Соответствующие разъяснения относительно обезболивания я получаю у врача-анестезиолога.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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.

חתימת המיילדת	שעה	תאריך
подпись роженицы	час	дата

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

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

***Вычеркнуть лишнее**



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה