המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

2007 מאי /OCARD/ECHO/8872/0192 'ט'

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט Transesophageal Echocardiogram (TEE)

Чреспищеводная эхокардиография (ТЕЕ)

При этом обследовании изучаются строение и функция сердца с помощью ультразвуковых волн (УЗВ). Чтобы получить более детальное изображение сердца (чем при обычной эхокардиографии), в желудок через пищевод вводится эластичная трубка диаметром около 1 см (эндоскоп), на конце которой находится излучатель. Исследование производится после местного обезболивания глотки с помощью распылителя, которое обычно дополняется частичным общим обезболиванием путем внутривенного введения успокаивающих препаратов. Исследование производится в положении лежа на левом боку, продолжительность исследования составляет обычно 10-20 минут.

продолжител	ьность исследования со			положении лежа на левом ооку,
Данные болы	ного			
	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
	фамилия	имя	отчество	номер удостоверения личности
Настоящим	заявляю и подтвер:	ждаю, что полу	учил/а подроб	ное устное объяснение от доктора -
שם פרטי	שם משפחה			
имя	фамилия			
				ейшем: «основное обследование»).
Настоящим	заявляю и подтвержда	ню, что я осведон	млен/а о побоч	чных эффектах основного обследования,
включая: тош	ноту, преходящий каш	ель, или легкую (боль в горле по	осле обследования.
Кроме того, я	получил/а объяснения	по поводу возмо	жного, хотя и	чрезвычайно редкого риска
кровотечения	или разрыва пищевод	а, в основном у бо	ольных с суже	нием пищевода и/или с расстройствами
глотания. В п	одобных случаях може	ет возникнуть нес	бходимость в	операции по поводу осложнений. В еще
более редких	случаях это осложнени	ие может привест	и к смерти.	•
При проведе	нии исследования могу	т пострадать шат	гающиеся или	кариозные зубы.
	даю свое согласие на в	_		
Я даю соглас	сие также и на выполн	нение местной ан	нестезии с пом	ощью распылителя и частичного общег
				препаратов после того, что я получил/
				прушения дыхания, в основном у больных
				и, что в состоянии частичного общег
				егкие, в основном у больных, обследуемы
не натощак.		, J, , ,	,,-I	
	о и я лаю свое согла	асие на то. что	основное обсл	педование и все другие процедуры буду
				оответствии с правилами и инструкциям
				с законом. При этом мне не было обещано
				какими-либо конкретными лицами.
		144111 1113 0 J A	7) - 22	
-	 חתימת החולו	 שעה		
	цпись больного	час		дата

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного * , 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.



חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

подпись опекуна (в случае, если больной

недееспособен, несовершеннолетний или

душевнобольной)



שם אפוטרופוס (קירבה)

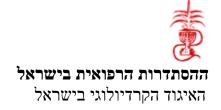
фамилия опекуна

(степень родства)

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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





^{*} Вычеркнуть лишнее