

פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי המקום

ט OUROL/SUR/PRO/0009/יוני 2003

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת ערמונית עקב הגדלה שפירה PROSTATECTOMY FOR BENIGN HYPERPLASIA БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ЕЕ УВЕЛИЧЕНИЯ

Операция производится в случаях доброкачественного увеличения предстательной железы, которое приводит к нарушениям мочеиспускания или другим расстройствам в системе мочевыделения.

Операцию по удалению предстательной железы можно выполнить несколькими способами: подходом через брюшную стенку (открытый способ – OPEN PROSTATECTOMY); подходом через уретру, или мочеиспускательный канал (закрытый способ – TURP – TRANSURETRAL RESECTION OF PROSTATAE) или другими способами.

Операции с подходом через уретру могут осуществляться с помощью различных источников энергии.

Выбор способа операции производится в соответствии с профессиональными соображениями оперирующего врача.

После операции в мочевом пузыре остается катетер с целью вымывания сгустков крови из области операции.

שם החולה:

_____ данные больного
שם משפחה שם פרטי שם האב .י.ת.
фамилия имя имя отца номер паспорта

Настоящим я декларирую и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора _____

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости операции по удалению предстательной железы подходом через брюшную стенку (открытый способ)/подходом через уретру (закрытый способ)*/другим способом, а именно

_____ (в дальнейшем: «Основная операция»).

* Лишнее стереть

Мне также даны объяснения о возможных альтернативных способах лечения в подобных случаях и в соответствии с моим состоянием, в том числе о перспективах и риске при каждом из описанных выше способов, а также объяснения о необходимых методах обследования и видах лечения, связанных с этими способами.

Настоящим я декларирую и подтверждаю, что мне даны объяснения об ожидаемых результатах и проявлениях, сопутствующих основной операции: боль и неудобства, кровотечение, жжение по ходу уретры. В случаях, когда во время операции производится также двусторонняя перевязка семявыносящих протоков, после операции наступает бесплодие. Я поставлен в известность о проявлениях, которые могут иметь место после удаления катетера из мочевого пузыря, включая частые позывы к мочеиспусканию, ощущения жжения во время мочеиспускания, затруднения при мочеиспускании вплоть до полной невозможности помочиться, что требует повторного введения катетера на некоторое время. В результате операции при большинстве способов подхода наблюдается в течение некоторого времени ретроградная эякуляция – семяизвержение в мочевой пузырь.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי

פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי המקום

Я поставлен в известность о возможных осложнениях основной операции, в том числе: кровотечение, требующее в редких случаях хирургического лечения; инфекция мочевыводящих путей или яичек; непроизвольное выделение мочи различной степени выраженности во время физических усилий, изредка вплоть до полного недержания мочи; перфорация мочевого пузыря (прободение его стенки), что может потребовать хирургического лечения; потеря способности к эрекции.

Возможные поздние осложнения: сужение шейки мочевого пузыря или сужение мочеиспускательного канала, которые могут потребовать операции или других мероприятий для восстановления нормального просвета.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Кроме того, настоящим я декларирую и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, что время выполнения основной операции может возникнуть необходимость как расширения ее объема или изменения характера операции, так и совершения других дополнительных мероприятий для спасения моей жизни или для предотвращения осложнений, включая дополнительные хирургические вмешательства, что невозможно предвидеть заранее с достоверностью или в полном объеме; однако мне объяснен их смысл, включая возможную необходимость перехода от закрытого доступа к открытому.

В соответствии с вышеизложенным я даю согласие на расширение объема операции, изменение ее характера, выполнение других или дополнительных вмешательств, включая оперативные, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей врачебного учреждения являются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Мне объяснено, что основная операция будет осуществляться под общим наркозом и/или эпидуральной анестезией, и разъяснения по поводу обезболивания будут даны мне врачом-анестезиологом.

Я поставлен в известность, подтверждаю и даю согласие на то, что основная операция и все другие действия будут произведены в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом.

Мне также обещано, что основная операция и все другие вмешательства и процедуры будут выполняться лицами, на которых возложена эта обязанность, и при этом мне не было обещано, что выполнение указанных действий будет производиться какими-либо конкретными лицами.

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

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.

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

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי