

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OUROL/KDNY/5504/0076 נובמבר 1997

טופס הסכמה: הוצאה מלעורית של אבני כליה

## PERCUTANEUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL)

### БЛАНК СОГЛАСИЯ: ЧРЕЗКОЖНОЕ УДАЛЕНИЕ КАМНЕЙ ПОЧКИ

Чрезкожный подход к операции по удалению и дроблению камней почки (PCTL) состоит в создании канала в поясничной области и введении сквозь него в почку специального прибора, называемого нефроскопом.

С помощью этого прибора можно вводить различные дополнительные инструменты для удаления камня/камней. У части больных не удается удалить камень целиком или извлечь все камни в один прием, и в связи с этим возникает необходимость повторного вмешательства или использования дополнительных методов, как, например, дробление камней вне организма больного при помощи специального прибора (ESWL). Возможна также неудача при попытке введения нефроскопа в почку.

К концу процедуры вводится катетер (нефростом), который служит в качестве дренажа в течение нескольких дней.

Процедура может выполняться под местной или регионарной анестезией, а также под общим наркозом.

Нередко возникает необходимость в повторном осмотре (SECOND LOOK) через нефростому для удаления осколков камней, оставшихся после первого дробления. Эта процедура производится обычно без обезболивания.

Через несколько дней после операции катетер извлекается из нефростомы, после чего кожное отверстие обычно самопроизвольно закрывается в течение нескольких дней.

Данные больного \_\_\_\_\_  
שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      .i.n  
фамилия                              имя                              имя отца                      номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

\_\_\_\_\_  
שם פרטי                              שם משפחה  
имя                                      фамилия  
об операции чрезкожного удаления камней почки (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о возможных в моем случае других способах лечения, включая открытую операцию или дробление камней вне организма (ESWL), о шансах на успех и опасностях, связанных с каждым из этих методов.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения относительно

побочных явлений после основной операции, включая боль в пояснице, дискомфорт, частые позывы к мочеиспусканию, чувство жжения при мочеиспускании и кровь в моче. В случаях, когда предполагаются затруднения при прохождении мочи из почки в мочевой пузырь, в мочеточнике оставляется катетер на несколько недель. Если продолжается выделение мочи через кожное отверстие в поясничной области, вводится катетер в мочевой пузырь и/или в мочеточник на несколько дней, чтобы способствовать закрытию отверстия. Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: кровотечение; инфекцию мочевых путей или инфекцию в месте введения нефроскопа; повреждение органов мочевыделительной и/или мочевыводящей системы, а также других органов. Эти повреждения иногда требуют хирургического лечения, для чего производится операция открытым способом. Осложнения, связанные с поражением мочевой системы, в редких случаях могут привести к потере почки.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד האורולוגים הישראלי



## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

Настоящим я даю согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении

мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции. Я даю также согласие на проведение, по мере необходимости и в соответствии с профессиональными соображениями лечащих врачей, местной анестезии, будучи осведомлен/а о возможных ее осложнениях, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на используемые с целью анестезии препараты. Если возникнет необходимость в проведении основного лечения под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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.

התימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
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)

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 номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

\* Лишнее зачеркнуть

