

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1999 / ORTHO/SURG/7840/0129 יולי

טופס הסכמה: תיקון עיוותים בעצמות ארוכות

CORRECTIVE OSTEOTOMY OF LONG BONES

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ ДЕФОРМАЦИИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Целью операции является устранение деформации длинных костей конечности (как правило, искривления) и, по возможности, восстановление функции конечности.

Исправление деформации производится с помощью внутренней и/или наружной фиксации.

Операция проводится под общим наркозом или регионарной анестезией.

Данные больного

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

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об операции по устранению деформации руки/ноги* правой/левой*. Дополнительные подробности (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне объяснено, что не всегда можно добиться полного устранения деформации, и иногда возникает необходимость в последующей дополнительной операции и/или в наружной фиксации. Из полученных мною объяснений я понял/а, что процесс восстановления и заживления сопровождается ограничениями подвижности оперированной конечности и/или требует применения вспомогательных средств.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения в отношении других возможных оперативных вмешательств, включая достоинства и недостатки каждого из них. Мне известно о побочных явлениях, связанных с основной операцией, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая может потребовать оперативного вмешательства; ограничение подвижности соседних суставов; позднее сращение или отсутствие сращения кости в месте операции, что потребует длительной фиксации в гипсе и/или дополнительных операций; повреждение зоны роста кости, которое может привести в дальнейшем к деформации и/или укорочению конечности; повреждение кровеносных сосудов или нервов, способное вызвать такие нарушения, которые потребуют оперативного вмешательства, вплоть до ампутации конечности.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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.

Мне объяснено, что основная операция проводится под общим наркозом или регионарной анестезией, и что соответствующие объяснения я получаю 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

ט' 1999 / ORTHO/SURG/7840/0129 יולי



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לאורתופדיה

החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

