

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 2006 /OSURG/0000/3893/0058 אוגוסט

טופס הסכמה: החדרת צנתר ורידי מרכזי

Insertion of Central Vein Catheter

Катетеризация центральной вены

Плановое и срочное введение катетера в центральную вену производится с целью проведения лечения различными препаратами, продуктами и медикаментами. Использование центральной линии устраняет необходимость повторных пункций периферических вен и, кроме того, уменьшает риск вытекания из вены веществ, которые могут нанести ущерб окружающим тканям. Можно использовать катетер для взятия проб крови или стволовых клеток и/или для лечения методом гемодиализа.

В некоторых случаях центральный катетер вводится из-за отсутствия доступных периферических вен.

Длительное применение катетера потребует его замены через определенные промежутки времени. Иногда возникает необходимость преждевременной смены катетера при нарушении его функции.

Процедура выполняется под местной анестезией или под общим наркозом.

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

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

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

о необходимости введения центральной линии в вену _____ (в дальнейшем: «основное лечение»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основного лечения, включая боль и дискомфорт.

Я получил/а объяснения по поводу возможных осложнений, связанных с введением катетера и/или его присутствием в вене, включая: немедленный или более поздний пневмоторакс, местное кровотечение, кровоизлияние в плевральную полость, что может потребовать операции на грудной клетке; повреждение соседних тканей, включая кровеносные сосуды легких, сердечную мышцу; местную инфекцию, заражение крови, образование тромбов вокруг катетера. Эти состояния могут привести к образованию эмболов из сгустков крови и/или инфицированных эмболов, кроме того, возможна воздушная эмболия. Присутствие катетера в вене может привести к воспалению вены и нарушению тока крови. Появление описанных осложнений может иногда потребовать удаления или смены катетера.

Кроме того, возможны осложнения, связанные с самим катетером, включая: образование отверстия, разрыв и/или отсоединение катетера и погружение его внутрь кровеносного сосуда; возможна также аллергическая реакция на вещество, из которого изготовлен катетер.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства под общим наркозом. Мне известно, что невозможно заранее достоверно и в полном объеме предвидеть все вышесказанное, но смысл всего этого мне объяснили.



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными в процессе основного лечения или сразу же после него.

Я даю согласие также и на выполнение местной анестезии в случае необходимости и в соответствии с соображениями лечащих врачей после того, что я получил/а объяснения в отношении возможного риска и осложнений местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на анестезирующее вещество. Если возникнет необходимость в проведении основного лечения под общим

наркозом, то я получу объяснения о наркозе от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение и все другие процедуры 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 החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
שם אפוטרופוס (קירבה) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) 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
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

