

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 2002 מרץ / OBGYN/6561/6890/0067

טופס הסכמה: ניתוח כריתת רחם עם/ללא כריתת טפולות

HYSTERECTOMY W/WO SALPINGO OOPHORECTOMY БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ МАТКИ С УДАЛЕНИЕМ/БЕЗ УДАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ

Операция по удалению матки с удалением/без удаления придатков производится по разным причинам. Показанием к операции в настоящем случае является:

Операция производится под общим наркозом и/или под региональной анестезией.

Данные больной

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об операции по тотальному/субтотальному* удалению матки, с брюшным/влагалищным/лапароскопическим* подходом, с удалением/без удаления* придатков (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила объяснения: в отношении желаемых результатов основной операции; других возможных для меня методов лечения, включая шансы на выздоровление, опасности и осложнения, связанные с каждым из них; в отношении соответствующих каждому из них способов обследования и дальнейшего лечения.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что осведомлена о сопутствующих явлениях, связанных с основной операцией, включая боли и дискомфорт.

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях основной операции, к которым относятся инфекция, кровотечение, повреждение органов мочевыделительной системы, а также повреждения органов пищеварения, кровеносных сосудов и нервов. Указанные осложнения могут проявиться как во время операции, так и в более поздние сроки. Я получила объяснения о том, что для лечения указанных осложнений может потребоваться хирургическое вмешательство под общим наркозом.

Мне известно также, что если основная операция включает также удаление придатков, то может возникнуть необходимость в заместительной гормональной терапии для предотвращения климактерических явлений.

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 вмешательства, равно как



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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 известно, что основная операция производится под общим наркозом или региональной анестезией, и соответствующие объяснения я получаю у врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

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

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной*, и что она подписала 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 стереть

