

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה

INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Сужение внутренней сонной артерии представляет собой фактор риска развития инсульта. Операция на внутренней сонной артерии (удаление ее внутренней выстилки или шунтирование) проводится с целью снижения риска возможного инсульта. Степень риска развития инсульта повышается пропорционально степени сужения внутренней сонной артерии. При сужении просвета артерии на 70% и более хирургическое вмешательство на внутренней сонной артерии имеет преимущество перед консервативным лечением в отношении снижения риска инсульта. Проведение операции на внутренней сонной артерии сопряжено с определенным риском, который зависит, в частности, от степени сужения внутренней сонной артерии на противоположной стороне, от выраженности уже наступивших в результате сужения патологических изменений и от сопутствующих заболеваний, причем, главным образом, от заболеваний сердца. Операция производится под общим наркозом или с использованием регионарного нервного блока. Данные больного

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

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости проведения операции _____ סוג הניתוח вид операции

(далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны объяснения о желаемых результатах операции и о том, что существует риск повторного сужения внутренней сонной артерии у 10-15% оперированных больных, причем эта повторная закупорка может наступить через месяцы и годы после операции. При этом в некоторых случаях требуется повторная операция.

Я осведомлен/а о побочных явлениях основной операции, включая боль и дискомфорт.

Мне известно, что имеется вероятность осложнений, включая кровотечение, инфекцию и повреждение нервов, иннервирующих язык, угол рта и голосовые связки.

Я получил/а информацию о риске развития инсульта и/или инфаркта миокарда во время основной операции или после нее. Вероятность указанных серьезных осложнений составляет около 3%.

Повышение степени риска может быть связано с состоянием внутренней сонной артерии на противоположной стороне и наличием других заболеваний.

Настоящим я даю свое 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 операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются другие/дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные 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 всего сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

במהלך, כמו גם על ביצוע אחרים/השלמות פעולות, כולל ניתוחים ניתוחים, אשר בהתאמה עם מקצועיים תבניות רופאים טיפול המוסד נחשבים חיוניים/חיוניים תהליך ניתוח.

אני יודע, כי ניתוח מבוצע תחת התאבדויות או תחת התאבדויות תהליך טיפול הניתוח, מתאבדויות מידע זה אפוא יקבלו מרופא-אנתלולוג.

אני יודע ויש לי הסכמה על כך, כי ניתוח כל פעולות אחרות יהיו מבוצעים על ידי פנים, אשר נשענת על התחייבות, בהתאמה עם חוקים ונחיות טיפול המוסד, תחת אחריותו ובהתאמה עם החוק. בתהליך זה לא הובטח, כי הפעולות אלה יבוצעו או חלקית יהיו מושלמות על ידי פנים מסוימים.

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
---------------------------------	------------	---------------

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

אני מתבטח, כי אספק הסברים מוסכמים של כל מה שאמרתי וממה שצריך הניתוח/אפוטרופוס הניתוח*, ויש לו/למירה אפוא חתמו/תיאור שלי במהותי הנתונה טופס הסכמה תהליך אחר, כי אפוא נבדלתי/תיאור, כי הסברים אלה מוסכמים תהליך מלא.

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

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה כללית-דם (וסקולרית)