

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1997 / OBGYN/UROL/SI59/0080 ספטמבר

## טופס הסכמה: ניתוח לתיקון של אי-נקיטת שתן במאמץ STRESS INCONTINENCE

### Операция при недержании мочи

Недержание мочи при напряжении происходит вследствие ослабления поддержки мочевого пузыря и уретры, которое приводит к ослаблению сдерживающего мочу механизма, и к потере контроля над мочеиспусканием.

Операция проводится в случаях, когда недержание мочи становится серьезной гигиенической проблемой, доставляет дискомфорт при общении и значительно снижает ежедневное функционирование. Существует несколько хирургических методов для решения проблемы. Факторы, влияющие на выбор метода: причина недержания, результаты обследования, состояние здоровья пациентки, и соображения врача.

Операция проводится под региональным и/или общим наркозом.

имя пациента/ки: \_\_\_\_\_

фамилия

имя

имя отца

паспорт

שם משפחה

שם פרטי

שם האב

.i.n

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия

имя

שם משפחה

שם פרטי

:רופא/ה

об операции по исправлению недержания мочи.

Название/метод операции: \_\_\_\_\_

פרט סוג/שם הניתוח והגישה הניתוחית

(далее: «данная операция»)

Я осведомлена об альтернативных методах лечения, возможных в подобном случае, об их успешности и риске. Мне объяснили, что невозможно гарантировать полный успех, и со временем недержание появится вновь.

Я подтверждаю здесь, что осведомлена о побочных явлениях после операции, включая боль, дискомфорт и затрудненное мочеиспускание.

Также, я осведомлена о возможных риске и осложнениях во время данной операции, включая: кровотечение, инфекцию мочевых путей и операционного надреза, повреждение мочевого пузыря и вагины, и в редких случаях закупорку уретеров. Эти осложнения могут потребовать продолжения операции другим методом, как например переход от операции на животе к вагинальной операции и наоборот, или от лапароскопического метода к открытой операции, а также лечения и/или операции в будущем.

Также, я осведомлена опоздних осложнениях, включая: различной степени затруднения при мочеиспускании, вплоть до остановки мочи на какое-то время; срочность и частота мочеиспусканий; опущение матки и стенок влагалища; хронические боли таза и боли ва время полового акта.

Я осведомлена о возможных осложнениях связанных с некоторыми хирургическими методами: при Marshall Marchetti Krantz- возможно хроническое воспаление костей таза; при лапароскопической операции – возможно повреждение нервов таза, при Sling – возможно образование фистулы между уретрой/мочевым пузырем и влагалищем. Эти осложнения могут потребовать дополнительного лечения/операции.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в течении данной процедуры может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен.

Таким образом я согласна на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

איגוד האורולוגים הישראלי

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1997 /OBGYN/UROL/S159/0080 ספטמבר

Я знаю, что операция проводится под общим или региональным наркозом, и я получу разъяснения от анестезиолога.

Я знаю и согласна с тем что данная процедура и все дополнительные действия будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, полностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

подпись пациента/ки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
имя опекуна (родство) שם האפוטרופוס (קירבה)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ה לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.		
מס' רשיון	חתימת הרופא /ה	שם הרופא /ה

\*מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה  
איגוד האורולוגים הישראלי