

מדבקת המטופל

Форма согласия на

Версия 08/16

**Диагностическую пункцию предстательной железы - биопсия**  
**NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND**

Диагностическая пункция предстательной железы проводится с целью получить образец ткани или клеток для определения диагноза и/или оценить степень изменения/степень заболевания предстательной железы и степень распространения заболевания. Пункция проводится специальной иглой, предназначенной для этой цели. Как правило, пункция проводится под контролем трансректального датчика УЗИ-аппарата через анальное отверстие. При помощи иглы, которая вводится под контролем УЗИ-аппарата, извлекаются клетки/ткани, которые затем отправляют в лабораторию для цитологического, гистопатологического или бактериологического исследования.

В большинстве случаев процедура длится несколько минут. Бывают случаи, при которых невозможно получить образец ткани, достаточный для проведения исследования, и в таких случаях необходимо провести процедуру ещё раз.

Решение относительно необходимости применения анестезии принимается с учетом возраста пациента и типа пункции. В некоторых случаях проводится следующая анестезия, применяемая при данном исследовании (нужное обвести):

Без анестезии / **Общая** / Регионарная / Местная

Имя пациента:

Фамилия

Имя

У.Л.

Имя отца

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я получил(а) подробное устное разъяснение от д-ра:

Фамилия

Имя

Относительно необходимости проведения диагностической пункции предстательной железы – биопсии NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND (далее: “основная процедура”).

Кроме того, мне были разъяснены существующие альтернативы основной процедуре.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне были указаны и разъяснены побочные эффекты вышеуказанного исследования, в том числе: боль и дискомфорт, длительная боль в области анального отверстия, жжение при мочеиспускании, ректальное кровотечение или кровь в моче (гематурия). В течение нескольких дней после исследования кровь может присутствовать и в эякуляте. Этот симптом не должен вызывать тревогу и проходит без какого-либо лечения.

Кроме того, мне были разъяснены возможные риски и осложнения, в том числе такие как инфекция мочевыводящих путей и предстательной железы, которая может вызвать необходимость госпитализации в стационар больницы для лечения, продолжительное ректальное кровотечение или гематурия, которые могут привести к необходимости госпитализации в стационар больницы для наблюдения. В редких случаях кровотечение требует переливания крови или хирургического вмешательства для остановки кровотечения. Биопсия может вызвать задержку мочеиспускания или неспособность произвольного мочеиспускания – состояние, которое требует дренирования мочевого пузыря при помощи катетера в течение некоторого времени. В редких случаях соседним органам может быть нанесено повреждение, которое потребует хирургического лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснили и я понял(а), что существует вероятность того, что в ходе вышеуказанного основного диагностического исследования выяснится, что есть необходимость расширить исследование, изменить или применить другие или дополнительные процедуры для спасения жизни, предотвращения физического ущерба, в том числе дополнительные хирургические процедуры, необходимость в которых невозможно прогнозировать заранее, но мне было разъяснено их значение. Ввиду вышеизложенного я согласен/согласна также на вышеупомянутое расширение и/или изменение, или проведение других или дополнительных процедур, в том числе на хирургические процедуры, которые по мнению врачей больницы будут иметь важное значение или будут жизненно необходимы в процессе основной процедуры.

Мне разъяснили, что в случае, если процедура будет проводиться под **общей / регионарной / проводниковой анестезией**, разъяснения относительно анестезии будут предоставлены мне анестезиологом.

Если процедура будет проводиться под местной анестезией, настоящим я также даю своё согласие на проведение местной анестезии с или без внутривенного введение седативных средств, после того, как мне были разъяснены риски и осложнения местной анестезии, включая вероятность аллергической реакции различной степени на анестетики и возможные осложнения использования седативных препаратов, которые в редких случаях могут вызывать нарушения дыхания и работы сердца, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и нарушениями в работе респираторной системы.

Мне известно, что в случае, если медицинский центр аффилирован с университетом, в процессе обследования и процедуры могут принимать участие студенты, под полным надзором и контролем врачей.

מне известно, и я согласен с тем, что вышеуказанное исследование и все основные процедуры будут проводиться тем, на кого это будет возложено в соответствии с правилами и постановлениями учреждения, и мне не гарантировали, что они будут проводиться, частично или полностью, каким-то конкретным лицом, при условии, что они будут выполнены с надлежащей ответственностью и в соответствии с законодательством

Настоящим я даю своё согласие на проведение вышеуказанной основной процедуры.

Дата

Время

Подпись пациента

Имя опекуна  
 (в случае недееспособного,  
 несовершеннолетнего или  
 душевнобольного лица)

Подпись опекуна  
 (степень родства или близости к  
 пациенту)

Я подтверждаю, что я в устной форме с надлежащими подробностями разъяснил **пациенту/опекуну/переводчику пациента** всё вышеизложенное и, что он/она подписал/а данную форму согласия в моём присутствии после того, как я убедился в том, что он/она полностью понял/а все мои разъяснения.

Имя врача (печать)

Подпись врача

Дата и время

Имя переводчика

Форма его отношений с пациентом