כללית

מדבקת המטופל

טופס הסכמה: ניתוח השתלת תותב לפין
IMPLANTATION OF PENILE PROSTHESIS
Согласие: Имплантация протеза в пенис

Операция проводится в случаях импотенции, и предоставляет возможность эрекции. В пещеристые тела пениса имплантируется механический или гидравлический протез, и в зависимости от типа протеза достигается постоянная эрекция, или эрекция при задействовании механизма протеза.

имя пациента: _____ _____ _____ _____

фамилия	имя	имя отца	паспорт
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

_____ _____

Фамилия	имя	
שם משפחה	שם פרטי	רופא/ה:

об операции по имлантированию протеза в пенис. (далее:"данная операция"). Я подтверждаю здесь получение информации об альтернативах лечения импотенции, об успешности и опасностях каждого из методов, включая лекарственное лечение, инъекции в пенис, аппарат вакуума, операцию на сосудах и воможность не лечиться.

Я подтверждаю здесь получение информации о различных типах протезов, и мы договорились об имплантации следующего протеза:_____. Если хирург не сумеет

סוג התותב

имплантировать избранный тип протеза, я даю здесь свое согласие на имплантацию следующего протеза_____. Также я осведомлен о том, что в редких случаях

סוג התותב החליפי

невозможно имплантировать какой-либо протез. Я знаю, что во время операции хирург измерит пещеристые тела, и подберет протез подходящей длины, по своему усмотрению.

Также, я осведомлен о том, что протез производит механическую эрекцию, и не улучшит/ не вернет мне местные/общие ощущения, и не повысит сексуальное влечение (либидо). Также, я знаю, что протез не увеличит рамеров пениса, и в большинстве случаев величина эрекции будет меньше (по длине и по диаметру) по сравнению с естественной эрекцией, и будет менее твердой.

Я подтверждаю здесь, что осведомлен о возможных побочных явлениях после имплантации протеза, включая боль, припухание и дискомфорт, которые могут продлиться несколко недель и более. Также, мне известно об осложнениях и опасностях, связанных с имплантацией протеза, включая: затрудненное мочеиспускание, инфекцию операционного надреза и протеза через короткое время после операции или позже, из-за которых будет необходимо удалить протез посредством еще одной операции, что может привести к умеьшению размеров пениса, к его искривлению и к ограничению спектра возможностей дальнейшего лечения. В редких случаях возможно снижение чувствительности пениса. Также возможна механическая неисправность протеза, из-за которой потребуется дополнительная операция. Во время операции, или через некоторое время возможен разрыв оболочки пещеристых тел по направлению мочевого канала или кожи, что потребует прекращения операции без ввода протеза, или извлечения протеза посредством дополнительной операции.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Также, я подтверждаю здесь, что мне объяснили, и я понимаю, что возможно в течении данной операции потребуется расширить ее, изменить или прибегнуть к другим или дополнительным процедурам с целью спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая дополнительные хирургические действия. Потребность в этих незапланированных процедурах нельзя вточности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Поэтому, я согласен/а также на расширение, изменение или проведение других или дополнительных процедур, которые будут необходимы по мнению врачей учреждения в течении данной операции. Мне известно, что операция проводится под общим и/или регионарным наркозом, и я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога. Я знаю, и согласен/а с тем, что операция, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что они будут исполнены вполностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

_____ _____ _____

подпись пациента	время	дата
חתימת החולה	שעה	תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן /ית לחולה את כל האמור לעיל בפירוט וכי הוא חתם על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישיון

MRM

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד האורולוגים הישראלי

החברה לניהול סיכונים ברפואה