

טופס הסכמה: ניתוח להורדה וקיבוע של אשך טמיר

ORCHIOPEXY (UNDESCENDED TESTIS)

Операция по опущению и закреплению не опустившегося яичка

Не опущение яичка (крипторхизм) – это врожденный дефект, при котором яичко не завершило своего спуска в мошонку.

Цель операции – опустить яичко в мошонку и закрепить его там, чтобы предотвратить нарушение плодovitости и облегчить раннюю диагностику других видов патологии. При операции производится разрез в паху. Яичко, семенной канатик и кровеносные сосуды, снабжающие яичко, отделяются от грыжевого мешка и/или от спаек, чтобы можно было опустить яичко в МОШОНКУ.

Если при операции обнаруживается, что кровеносные сосуды яичка слишком короткие, то может потребоваться двухэтапное оперативное вмешательство или придется мобилизовать семенной канатик со стороны брюшной полости. Эта процедура может привести к атрофии яичка. Когда при операции обнаруживается дефектное или недоразвитое не опустившееся яичко, которое невозможно опустить в мошонку, рекомендуется его удаление.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного:

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

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

Фамилия	имя	רופא/ה:
שם משפחה	שם פרטי	

о необходимости проведения операции по опущению не опустившегося яичка справа/слева*.

בצד *שמאל/ ימין

(далее: "основная операция").

Настоящим я подтверждаю получение информации по поводу желаемых результатов основной операции, а именно – создание наиболее благоприятных условий для нормального развития яичка. Вместе с тем, я знаю, что не опустившееся яичко может быть неполноценным, и поэтому может потребоваться его удаление. Даже если яичко окажется нормальным, не гарантировано его полноценное развитие после операции, равно как не исключена возможность его возвращения на прежнее место в паху, что потребует дополнительной операции. Мне разъяснили, что не существует других методов лечения крипторхизма.

Настоящим я подтверждаю, что получил разъяснения по поводу побочных явлений основной операции, включая боль и дискомфорт.

Я осведомлен также о возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию, кровотечение, повреждение семенного канатика и/или повреждение кровеносных сосудов яичка, и/или повреждение самого яичка, что приведет к его атрофии.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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 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 операция производится под общим наркозом, и соответствующие разъяснения по этому поводу я получаю от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие действия будут

מדבקת המטופל

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.

 подпись пациента время дата
 חתימת החולה שעה תאריך

 имя опекуна (родство) подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего,
 душевнобольного)
 שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого
 больному/опекуну больного*, и что он подписал в моем присутствии настоящий бланк согласия после того,
 как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

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

* Лишнее стереть