

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: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אאא	פאספארט
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	
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.

ט' 1997 ספטמבר /OBGYN/UROL/S159/0080



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

איגוד האורולוגים הישראלי

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, вполностью 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/ 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