

טופס הסכמה: ניתוח כריתת שקדים / אדנואידיים "שקד שלישי"

ADENOIDECTOMY/TONSILLECTOMY

**Бланк согласия: Операция удаления миндалин/аденоидов –
«третьей миндалины»**

Операция удаления миндалин/аденоидов производится обычно по поводу затруднения дыхания и/или при повторных и/или хронических воспалительных процессах; иногда с целью предупреждения осложнений и/или нарушений со стороны среднего уха, и/или расстройств речи, и/или нарушений развития лицевого скелета.

Операция выполняется под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ז.ת.
фамилия	имя	отчество	номер уд. личн.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости удаления миндалин/аденоидов («третья миндалина») по поводу

(далее: «Основная операция»).

Мне объяснено, что в некоторых случаях возникает необходимость повторной операции из-за возобновившегося роста аденоидов («третья миндалина»).

Настоящим я подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основной операции, включая боль, дискомфорт и трудности при глотании.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: немедленное или позднее кровотечение, которое может потребовать возвращения в операционную с целью остановки кровотечения; инфекция; трудности при глотании, вплоть до необходимости госпитализации с целью внутривенного вливания жидкостей; повреждения зубов, губ, десен и языка, а также нарушения речи, включая гнусавость; если гнусавость не пройдет сама по себе, то может понадобиться корригирующая операция. В редких случаях возможно образование послеоперационных рубцов, которые могут вызвать сужение в области глотки и/или трубы, соединяющей глотку со средним ухом (eustacian tube); такое сужение будет сопровождаться нарушениями функций.

В исключительно редких случаях возможен смертельный исход.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства, изменить его характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас, но я получил необходимые разъяснения и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

2004 אוקטובר / OOENT/0282/0283/0134

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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

חתימת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного * все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

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

* Лишнее вычеркнуть

