

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0045/OEGD/4523/GEODS/ יוני 2001

## טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

### Эндоскопия пищеварительного тракта

Эндоскоп это гибкая трубка, внутри нее находятся оптические волокна, которые позволяют видеть, и каналы для инструментов используемых при биопсии, удалении полипов, прижигании кровотечений и лечении варикозных вен.

Длина эндоскопа 1.2-1.8 метра, диаметр 1 см, и с его помощью можно исследовать верхнюю и нижнюю части пищеварительного тракта. Обычно пациент/ка получает перед процедурой успокоительные лекарства и/или местное обезбаливание, чтобы уменьшить дискомфорт.

Во время процедуры пациент лежит на левом боку. При исследовании верхнего пищеварительного тракта (эзофагоскопия, гастроскопия) эндоскоп вводится через рот. При исследовании нижнего пищеварительного тракта (сигмоидоскопия, колоноскопия) эндоскоп вводится через анальное отверстие. Далее посредством эндоскопа вводятся инструменты соответственно нужной процедуре. Обычная продолжительность исследования от 15 мин до часа. Во время процедуры пациент ощущает дискомфорт и вздутие живота.

имя пациента/ки: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____	_____				
פאמיליא	ימא	ימא אטא	פאספּוּרְט	שם משפחה				
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n					
Я	подтверждаю	здесь	устное	получение	подробной	информации	от	доктора

_____	_____
פאמיליא	ימא
שם משפחה	שם פרטי : רופא/ה:

О потребности в проведении диагностической или лечебной \_\_\_\_\_  
Название процедуры  
שם הפעולה

Включая биопсию, удаление полипов, прижигание кровотечений и лечение варикозных вен.\*  
другое лечение (заполнить) \_\_\_\_\_

למלא במקרה של טיפול אחר

(далее «данная процедура»)

Я осведомлен/а о существовании других методов диагностики, об их преимуществах и недостатках, об их побочных явлениях и осложнениях.

Я подтверждаю здесь, что осведомлен/а о побочных явлениях данной процедуры включая боль, дискомфорт и вздутие живота.

Также я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: кровотечение или перфорация стенки пищеварительного тракта, что в некоторых случаях потребует хирургического вмешательства. При исследовании верхней части возможно повреждение зубов во время ввода инструментов. Перечисленные осложнения не часты.

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 вточности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласен/а на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на прием успокоительных лекарств и на местную анестезию будучи осведомлен/а о том, что успокоительные лекарства в редких случаях причиняют нарушения дыхания и сердечные сбои, особенно при заболеваниях сердца и дыхания, и о риске аллергии разной степени на обезбаливание.

Я знаю и согласен/а с тем что данная процедура и все дополнительные действия будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' GEODS/4523/OEGD/0045 / יוני 2001

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

\_\_\_\_\_

время

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

שם הרופא

\*מחקר/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לגסטראנטרולוגיה ומחלות כבד