

**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 плодовитости 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:

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אא	פאספארט
שם משפחה ה	שם פרטי	שם האב	י.ת.

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

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

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 1997/נובמבר/OUROL/SURG/U625/0052

произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и

הוראות לטיפול במוסד, תחת אחריותו ובתוקף החוק. בזה אינני מבטיח, כי האמצעים המפורטים כאן יבוצעו או יבוצעו באופן חלקי על ידי אנשים מסוימים.

_____ חתימת המטופל	_____ שעה	_____ תאריך
-----------------------	--------------	----------------

_____ שם המאפוטרופוס	_____ חתימת המאפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-------------------------	---

אני מאשר, כי נתתי/תי נתתי הסברים מפורטים ונדרשים של כל מה שציינתי לעיל ושל כל מה שציינתי לעיל, וכי חתמתי/תי חתמתי על טופס זה בעצמתי/תי בעצמתי, וכי חתמתי/תי חתמתי על טופס זה בעצמתי/תי בעצמתי, וכי חתמתי/תי חתמתי על טופס זה בעצמתי/תי בעצמתי.

_____ מס' רישיון נומרו הרישוי	_____ חתימת הרופא/ה חתימת הרופא	_____ שם הרופא/ה שם הרופא
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

\* מיותר למחוק