

**טופס הסכמה: ביצוע ארתרוסקופיה של הברך**

**ARTHROSCOPY OF THE KNEE**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

Артроскопия коленного сустава производится с целью диагностики и/или хирургического лечения поражений и повреждений коленного сустава на почве травм, заболеваний или дегенеративных процессов. Кроме того, она дает возможность взятия материала для различных лабораторных исследований. С помощью небольших разрезов в коленный сустав вводятся инструменты для осмотра (оптика) и рабочие инструменты, ручные или механические. Количество и расположение разрезов уточняется во время процедуры по мере необходимости и в зависимости от соображений врача, ответственного за ее выполнение. Вмешательство производится обычно под региональной анестезией или общим наркозом, а иногда – под местной анестезией

Данные больного \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      .ז.ת.  
 фамилия                                      имя                                      отчество                      номер паспорта

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

שם פרטי                      שם משפחה  
 имя                                      фамилия

**о необходимости выполнения диагностической и/или лечебной артроскопии правого/левого коленного сустава\***уточнить \_\_\_\_\_

(в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а об альтернативных способах лечения и о шансах на успех основной операции, включая возможность рецидивов первоначального поражения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения в отношении связанных с основной операцией побочных явлений, включая: боль, припухлость, ограничение подвижности и дискомфорт, которые продлятся несколько недель и потребуют покоя и лечения по поводу боли. Кроме того, в большинстве случаев после операции требуется физиотерапевтическое лечение.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях основной операции, включая: инфекцию, повреждение кровеносных сосудов; неврологические нарушения - моторики и/или чувствительности, нарушение чувствительности кожи наружной поверхности голени, симпатическая дистрофия (RSD); тромбоз глубоких вен (DVT), нарушения вследствие закупорки артерий и механические повреждения, например, переломы, разрывы связок или повреждения хирургическими инструментами. Эти осложнения встречаются очень редко. Мне объяснена возможная необходимость проведения дополнительных процедур для коррекции указанных осложнений, при этом нет гарантии того, что не останется постоянных нарушений, не поддающихся исправлению. После оперативной коррекции или восстановления разрыва/ов (таких как ушивание мениска, сшивание или восстановление крестовидных связок) может/могут образоваться повторный/ые разрыв/ы, что потребует дополнительного хирургического лечения. Мне объяснено, что вероятность осложнений и неудачного исхода операции тем выше, чем продолжительнее процесс реабилитации и заживления и чем сложнее хирургическое вмешательство. Я осведомлен/а о том, что может возникнуть необходимость в расширении объема хирургического вмешательства и проведении артротомии (вскрытие коленного сустава с помощью большего разреза) с целью корригирующего лечения, которое невозможно провести путем артроскопии, и/или для лечения описанных выше осложнений. Мне понятно, что невозможно предвидеть заранее возможную необходимость расширения объема оперативного вмешательства и проведения дополнительных процедур.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне объяснено и я понял/а, что существует вероятность того, что в процессе выполнения основной операции может выясниться необходимость расширения ее объема, 2006 נובמבר /ORTHO/SURG/0802/0127



**החברה לניהול סיכונים ברפואה**



**הסתדרות הרפואית בישראל**

האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל

חברה הישראלית לכירורגיה של הברך ולארתרוסקופיה

изменения её характера или предпринятия других или дополнительных действий для спасения жизни или предотвращения ущерба здоровью, включая дополнительные хирургические вмешательства, которые невозможно достоверно и во всей полноте предвидеть заранее. С учетом сказанного, я даю согласие на указанное расширение объема, изменение характера основной операции или на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе выполнения основной операции.

Мое согласие относится также к выполнению местной анестезии, после того, как я был осведомлен/а о возможном риске и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на анестезирующие препараты. Если будет принято решение о проведении основной операции под общим наркозом или региональной анестезией, мне будут даны соответствующие объяснения врачом анестезиологом.

Мне 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.

Лицом, ответственным за операцию будет\* \_\_\_\_\_

שם הרופא/ה  
 имя и фамилия врача

תאריך дата	שעה время	חתימת החולה подпись больного
_____	_____	_____
שם אפוטרופוס (קירבה) имя и фамилия опекуна (степень родства)	_____	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае недееспособности, несовершеннолетия или душевного заболевания)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного больному/опекуну больного\*\*, 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.

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

\*Заполнить в случае, если врач частнопрактикующий

\*\* Лишнее зачеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל

חברה הישראלית לכירורגיה של הברך ולארתרוסקופיה