

טופס הסכמה: ניתוח להארכת גף
LIMB LENGTHENING PROCEDURE
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДЛИНЕНИЮ
КОНЕЧНОСТИ

Операция по удлинению конечности может быть произведена различными способами. Она включает рассечение кости, мобилизацию сухожилий и мышц и монтирование наружной или внутренней системы для непрерывного длительного скелетного вытяжения. После установки системы вытяжение конечности производится обычно в домашних условиях на протяжении нескольких месяцев. Процесс этот длительный, осуществляется в медленном темпе и требует настойчивости и упорства.

В большинстве случаев возможно и даже необходимо наступать на ногу/и после операции с использованием при этом вспомогательных средств.

Аппарат для вытяжения удаляется после достижения необходимого удлинения кости и ее укрепления. Иногда после удаления системы необходима фиксация конечности/ей в гипсе на протяжении нескольких недель.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ד.
фамилия имя имя отца номер паспорта

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

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

об операции по удлинению правой/левой конечности/обеих конечностей*
методом _____ (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения в отношении альтернативных методов оперативного лечения, а также в отношении преимуществ и недостатков каждого из них.

Я осведомлен/а о том, что в некоторых случаях требуется дополнительное лечение и дополнительные операции для достижения желаемой цели.

Я получил/а объяснения о побочных явлениях, сопутствующих основной операции и процессу вытяжения, включая выраженные боли и дискомфорт.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию в области операции и в месте установки системы вытяжения, которые потребуют лечения вплоть до необходимости в оперативном вмешательстве. В редких случаях, во время операции возможно повреждение кровеносных сосудов и/или нервов, что может привести к функциональным нарушениям.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я 1999 יולי /ORTHO/SURG/7830/0128 ט' поняла, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться,



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

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 основной операции, 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 основная операция проводится под общим наркозом, и что соответствующие разъяснения я получаю от врача-анестезиолога.

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.

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 дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого 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.

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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית