

טופס הסכמה: ניתוח לייצוב הכתף

**REPAIR OF RECURRENT DISLOCATION OF SHOULDER БЛАНК
СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПЛЕЧА
(ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА)**

Операция укрепления плеча производится при привычных вывихах и подвывихах в плечевом суставе. Целью операции является укрепление сустава при максимальном сохранении объема его движений. Операцию можно осуществить «открытым способом» или с помощью артроскопа – «закрытым способом». Выбор способа зависит от профессиональных соображений врача.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ל
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об операции укрепления правого/левого * плеча закрытым/открытым * способом (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне объяснено, что после операции понадобится фиксация плечевого сустава на протяжении 3-8 недель в соответствии с решением хирурга, а также в зависимости от способа операции. Я понимаю также, что на протяжении этого периода я не смогу пользоваться оперированной рукой. Кроме того, мне известно, что после операции я буду нуждаться в восстановительной физиотерапии. Я осведомлен/а о том, что в течение полугода после операции я не смогу заниматься спортом, и на протяжении года мне следует избегать резких движений и нагрузки на оперированный плечевой сустав.

Я знаю, что при любых обстоятельствах объем движений в этом суставе останется относительно ограниченным.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил объяснения относительно сопутствующих явлений после основной операции, включая боль и дискомфорт.

Я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, к которым относятся: инфекция, для лечения которой может потребоваться дополнительная операция; повреждение нерва, которое может вызвать нарушение функции плеча и всей верхней конечности; повторные смещения плеча в оперированном суставе. Описанные осложнения встречаются нечасто.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения о том, что в процессе основной операции может возникнуть необходимость изменить ее характер в связи с выявленными во время операции изменениями и/или перейти от «закрытого способа» к «открытому способу».

Настоящим я даю согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, 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 основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические

ט' 1999 /ORTHO/SHLDR/8182/0090

вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Мне объяснено, что основная операция проводится под общим наркозом, и что соответствующие объяснения я получу 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.

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

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.

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

* Лишнее зачеркнуть