

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון הפרעה התפתחותית של מפרק הירך
CORRECTION OF DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP
(DDH)

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

Оперативное лечение врожденного вывиха бедра производится в тех случаях, когда невозможно восстановить тазобедренный сустав другим способом. Цель операции – предотвратить укорочение нижней конечности, ограничение подвижности и ранние дегенеративные изменения, устранить болевые ощущения. После операции требуется фиксация сустава на протяжении нескольких недель.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.י.ת
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 оперативном лечении правого/левого* тазобедренного сустава (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно, что в некоторых случаях не достигается желаемый результат или достигается лишь частичное улучшение, и при этом могут потребоваться дополнительные оперативные вмешательства.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о других возможных методах оперативного лечения, о преимуществах и недостатках каждого из этих методов.

Мне известно о побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о возможных опасностях и осложнениях основной операции: инфекция, для лечения которой может потребоваться оперативное вмешательство; нарушение кровоснабжения головки бедра, что может вызвать нарушение развития костной ткани головки бедра, для лечения которого может потребоваться хирургическое יולי

вмешательство. В редких случаях во время операции может произойти повреждение кровеносных сосудов или нервов, которое приведет к функциональным нарушениям.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 ט' RTHO/SURG/8140/132 יולי 1999 требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
 האיגוד הישראלי לאורתופדיה
 החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

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 будет произведена под общим наркозом и что соответствующие разъяснения 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.

תתימת 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		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства) 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.

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

* Лишнее стереть