

טופס הסכמה: תיקון עיוותים בעצמות ארוכות

CORRECTIVE OSTEOTOMY OF LONG BONES

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ ДЕФОРМАЦИИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Целью операции является устранение деформации длинных костей конечности (как правило, искривления) и, по возможности, восстановление функции конечности.

Исправление деформации производится с помощью внутренней и/или наружной фиксации.

Операция проводится под общим наркозом или регионарной анестезией.

Данные больного _____

שם משפחה שם פרטי שם האב .ז.ת.
 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 устранению деформации руки/ноги * правой/левой*. Дополнительные подробности (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне объяснено, что не всегда можно добиться полного устранения деформации, и иногда возникает необходимость в последующей дополнительной операции и/или в наружной фиксации. Из полученных мною объяснений я понял/а, что процесс восстановления и заживления сопровождается ограничениями подвижности оперированной конечности и/или требует применения вспомогательных средств.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения в отношении других возможных оперативных вмешательств, включая достоинства и недостатки каждого из них. Мне известно о побочных явлениях, связанных с основной операцией, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая может потребовать оперативного вмешательства; ограничение подвижности соседних суставов; позднее сращение или отсутствие сращения кости в месте операции, что потребует длительной фиксации в гипсе и/или дополнительных операций; повреждение зоны роста кости, которое может привести в дальнейшем к деформации и/или укорочению конечности; повреждение кровеносных сосудов или нервов, способное вызвать такие нарушения, которые потребуют оперативного вмешательства, вплоть до ампутации конечности.

Настоящим я даю согласие на выполнение 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 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 объяснено, что основная операция проводится под общим наркозом или регионарной анестезией, 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 ט' ORTHO/SURG/7840/0129 /יולי 1999



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לאורתופדיה

החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

הוראות מוסדות רפואיים, תחת אחריותו ובתאמת עם החוק. בזה מני לא הובטח, שהפעולות המצוינות מלא או חלקית יבוצעו על ידי אנשים-אילו מסוימים ספציפיים.

תאריך תאריך	שעה שעה	חתימת החולה חתימת החולה
שם אפוטרופוס (קירבה) שם אפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
תאריך תאריך	שעה שעה	חתימת החולה חתימת החולה
שם האפוטרופוס (קירבה) שם האפוטרופוס (קירבה)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר, שהעניתי הסברים מלאים ונדרשים מכל מה שצוין לעיל, ושהחולה/האפוטרופוס * , ושהוא/היא חתם/תה במעמד שלי ברישיון מלא, לאחר שגילה לי, כי הסברים אלו מובנים במלואם.

מס רישיון מס רישיון	חתימת הרופא/ה חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה שם הרופא/ה
מס רישיון מס רישיון	חתימת הרופא/ה חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה שם הרופא/ה

* מציינים מיותר ומוסיפים סימנים