

טופס הסכמה: ניתוח לכריתה שלמה/ חלקית/ אונתית של בלוטת התריס בלוטת המגן

THYROIDECTOMY (LOBECTOMY/PARTIAL/TOTAL)

Бланк согласия: Операция удаления щитовидной железы – полного удаления/частичного удаления/удаления доли

Операция удаления щитовидной железы производится в случаях повышенной активности железы, которая не поддается консервативному лечению или при наличии некоторых находок в железе. Операция проводится под общим наркозом; в процессе операции удаляются обнаруженные находки, железа или часть ее.

В большинстве случаев в районе операции оставляется дренаж. Когда планируется удаление одной доли, сохраняется вероятность того, что возникнет необходимость одновременного удаления второй доли на основании гистологического ответа во время операции, или потребуется дополнительная операция на основании более позднего гистологического ответа.

Данные больного _____

שם פרטי	שם פרטי	שם האב	ד.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

о необходимости удаления щитовидной железы - полного удаления/частичного удаления/ удаления находок* (далее: «Основная операция»).

Я осведомлен/а об ожидаемых результатах операции и о возможной необходимости в приеме препаратов йода после операции с целью завершения лечения.. Кроме того, мне объяснено, что останется послеоперационный рубец на передней поверхности шеи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о возможных побочных эффектах операции, включая боли и дискомфорт в течение нескольких дней. Кроме того, существует вероятность того, что потребуются прием заместительных гормональных препаратов, компенсирующих функцию щитовидной железы сразу же после операции или в более позднем периоде.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: кровотечение, которое требует иногда повторного оперативного вмешательства; инфекцию в области операции; охриплость, преходящую или постоянную в результате повреждения возвратного нерва и изредка паралич голосовых связок; нарушения дыхания .которые могут потребовать наложения трахеостомы (TRACHEOTOMY); снижение уровня кальция в крови, как результат повреждения паращитовидных желез (PARATHYROID), что потребует длительного или постоянного медикаментозного лечения.

Настоящим я даю 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

תאריך	שעה	חתימת המטופל
подпись больного	дата час	

שם האפטרופוס חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	фамилия опекуна (степень родства)
---	--------------------------------------

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

שם הרופא וחתימה	מס' רשיון
-----------------	-----------