

טופס הסכמה: ניתוח כריתת שקדים / אדנואידים "שקד שלישי"

ADENOIDECTOMY/TONSILLECTOMY

Бланк согласия: Операция удаления миндалин/аденоидов – «третьей миндалины»

Операция удаления миндалин/аденоидов производится обычно по поводу затруднения дыхания и/или при повторных и/или хронических воспалительных процессах; иногда с целью предупреждения осложнений и/или нарушений со стороны среднего уха, и/или расстройств речи, и/или нарушений развития лицевого скелета.
Операция выполняется под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה фамилия	שם פרטי имя	שם האב отчество	ט.ל номер уд. личн.
---------------------	----------------	--------------------	------------------------

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

שם פרטי имя	שם משפחה фамилия
----------------	---------------------

о необходимости удаления миндалин/аденоидов («третья миндалина») по поводу

(далее: «Основная операция»).

Мне объяснено, что в некоторых случаях возникает необходимость повторной операции из-за возобновившегося роста аденоидов («третья миндалина»).

Настоящим я подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основной операции, включая боль, дискомфорт и трудности при глотании.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: немедленное или позднее кровотечение, которое может потребовать возвращения в операционную с целью остановки кровотечения; инфекция; трудности при глотании, вплоть до необходимости госпитализации с целью внутривенного вливания жидкостей; повреждения зубов, губ, десен и языка, а также нарушения речи, включая гнусавость; если гнусавость не пройдет сама по себе, то может потребоваться корригирующая операция. В редких случаях возможно образование послеоперационных рубцов, которые могут вызвать сужение в области глотки и/или трубы, соединяющей глотку со средним ухом (eustacian tube); такое сужение будет сопровождаться нарушениями функций.

В исключительно редких случаях возможен смертельный исход.

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 может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства, изменить его характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас, но я получил необходимые разъяснения и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות: _____

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

חתימת המטופל

שעה

תאריך

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

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.

מס' רשיון

שם הרופא וחתימה