



числе ряда других симптомов могут быть появление красной мочи или красных точек и пятен на поверхности кожи. При любом кровотечении следует немедленно обратиться за медицинской помощью.

5. У беременной женщины возможно поражение плода.

6. Мне также известно следующее:

А. В зависимости от облучаемой части тела возможны особые побочные явления, не упомянутые выше, например, поражение легких, желудка, кишечника, почек, печени, позвоночника, мочевого пузыря, анального отверстия, нервов, а также нарушение плодovitости (фертильности). У детей возможны нарушения роста и развития. Мне объяснено, что в случае необходимости более подробную информацию я получу в дальнейшем в соответствии с местом возможного поражения.

Б. Если произошло облучение сустава/суставов, то вызванное им поражение может привести к тугоподвижности сустава/суставов, болям и воспалению с последующим ограничением объема движений.

В. Если произошло облучение кости/костей, то возникшее поражение может явиться причиной перелома.

Г. Возможно, хотя и маловероятно, развитие другого злокачественного заболевания в зоне облучения, особенно у детей.

Д. Иногда лечение побочных явлений облучения требует госпитализации.

Е. В редких случаях побочные явления могут быть особенно тяжелыми и даже привести к смертельному исходу.

Настоящим я даю свое согласие на проведение лечения.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

תחת חולה 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 душевнобольной)		שם האפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

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