

טופס הסכמה: טיפול בסדק בפי הטבעת
REPAIR OF ANAL FISSURE

Бланк согласия: Лечение трещины заднего прохода

Целью лечения является уменьшение силы сжатия сфинктеров заднего прохода для облегчения болей и создания условий для заживления трещины/раны слизистой оболочки заднего прохода. Можно уменьшить силу сжатия двумя способами: первый – ручное расширение мышцы сфинктера заднего прохода, и второй – разрез (во время операции) наружной мышцы сфинктера. Решение о выборе способа лечения принимается в соответствии с соображениями врача и имеющимися данными.

Лечение выполняется обычно под общим наркозом или регионарной анестезией и иногда - под местной анестезией.

Данные больного _____
 שם משפחה שם פרטי שם האב .י.ת.
 фамилия имя отчество номер уд. личн.

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

_____ _____
 שם פרטי שם משפחה
 имя фамилия

об операции/лечении трещины заднего прохода – LATERAL SPHINCTEROTOMY/ ANAL DILATATION/другое* уточнить _____
 (далее: «Основное лечение»).

Я информирован/а об альтернативных способах лечения, их преимуществах, недостатках и их соответствии моему состоянию.

Мне объяснено также, что нет полной гарантии разрешения проблемы при основном лечении, и что иногда возникает необходимость в дополнительном лечении.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах, связанных с основным лечением, включая: боль, дискомфорт и запоры.

Кроме того, я информирован/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: кровотечение, инфекцию вплоть до образования абсцесса, возможность образования свища (фистулы), что требует иногда дополнительной операции. Кроме того, существует опасность повреждения сфинктеров заднего прохода, что может привести к недержанию газов и к загрязнению нижнего белья слюзью/калом, вплоть до полного недержания при естественных отправлениях. Большинство этих

проявлений склонны проходить в течение двух месяцев самостоятельно, либо после выполнения упражнений по укреплению мышц заднего прохода и тазового дна. В редких случаях поражение сфинктеров остается постоянным.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения может выясниться необходимость расширить объем вмешательства и/или изменить его характер или предпринять другие хирургические действия, или действия, отличающиеся от запланированных. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но это выяснится, в том числе, и на основе данных, которые будут выявлены при обследовании под обезболиванием (в основном в тех случаях, когда невозможно было произвести соответствующую проверку до операции из-за болей в заднем проходе).. Поэтому 2004 ספטמבר/OSURG/9623/4950/0200 ט'ט

я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

והחברה הישראלית לכירורגיה של

הקולון הרקטום

в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основного лечения.
Мне известно, что основное лечение будет произведено под регионарной анестезией или под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Я согласен/на на то, что основное лечение будет произведено под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

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**

שם הרופא
фамилия врача

חתימת 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 объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, 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 вычеркнуть ** Заполнить в случае лечения частным образом



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
והחברה הישראלית לכירורגיה של
הקולון הרקטום