

**טופס הסכמה: ניתוח להורדה ולקיבוע של אשך תוך בטני**

**ORCHIOPEXY (ABDOMINAL TESTIS)**

**Опущение и закрепление брюшного яичка**

Брюшное яичко это врожденный дефект, при котором яичко не завершило своего спуска в мошонку, и осталось в полости живота.

Это яичко обычно не производит фертильных сперматозоидов, и существует высокая вероятность развития злокачественной опухоли. По этим причинам проводится операция по спуску яичка из живота в мошонку. При операции производится маленький надрез под пупком, через который вводится видеокамера для поиска яичка. Если обнаруживается атрофированное или не получающее достаточного кровоснабжения яичко, необходимо его удалить (orchietomy). В случаях нормального яичка следует опустить его в мошонку. Кровеносные сосуды брюшного яичка обычно слишком коротки, и тогда невозможно опустить яичко посредством одной операции. При первой операции, когда яичко обнаруживается в животе, завязываются кровеносные сосуды, чтобы освободить и опустить его насколько возможно. Эта процедура может привести к атрофии яичка. Через несколько месяцев проводится дополнительная операция при которой яичко пытаются вывести в мошонку.

Операция проводится под общим наркозом.

имя пациента/ки: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אטא	פאספארט
שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.נ.ת.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	רופא/ה:
שם משפחה	שם פרטי	

о потребности в проведении операции по опущению брюшного яичка **справа/слева\***.

אשך \*שמאל/ימין

(далее: "данная операция").

Я подтверждаю здесь получение информации по поводу желаемых результатов данной операции , т.е. создание условий для нормального развития яичка. Вместе с тем, я знаю, что брюшное яичко может быть дефектным и поэтому возможно потребует его удаление. Даже если яичко нормальное, нет гарантии его полноценного развития после операции, и/или того, что оно не вернется в брюшную полость, что потребует дополнительной операции.

Меня осведомили об отсутствии других методов лечения при брюшном яичке.

Я подтверждаю здесь получение разъяснений по поводу побочных явлений данной операции, включая боль и дискомфорт.

Также, я осведомлен/а о многих возможных опасностях и осложнениях, включая инфекцию операционного надреза, кровотечение, повреждение сперматического канала или кровоснабжения яичка, и/или повреждение самого яичка, что приведет к его атрофии, повреждение внутренних органов, которое потребует открытой операции на животе для завершения данной операции и исправления повреждений.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Также, я подтверждаю здесь, что мне объяснили, и я понимаю, что возможно в течении данной операции потребует расширить ее, изменить или прибегнуть к другим или дополнительным процедурам с целью спасения жизни или предотвращения физического ущерба, включая дополнительные хирургические действия. Потребность в этих незапланированных процедурах нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Поэтому, я согласен/а также на расширение, изменение или проведение других или дополнительных процедур, которые будут необходимы по мнению врачей больницы в течении данной операции.

Мне известно, что операция проводится под общим наркозом, и я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים

1997/נובמבר/OUROL/SURG/A625/0053

Я знаю, и согласен/а с тем, что операция, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

подпись пациента/ки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)	
שם האפוטרופוס	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רשיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה

\*מחק/י את המיותר



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד הכירורגים בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים