

טופס הסכמה: ניתוח לכריתת התוספתן

APPENDECTOMY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ АППЕНДИКСА

При остром воспалении аппендикса (аппендиците) могут развиваться опасные для жизни осложнения в виде местной или общей инфекции брюшной полости, поэтому при остром аппендиците необходимо оперативное вмешательство. Иногда во время операции выясняется, что развилось такое осложнение аппендицита, при котором удаление аппендикса на данном этапе операции невозможно. В этом случае в брюшную полость вводится дренажная трубка, и удаление аппендикса производится на следующем этапе. Встречаются и диагностические трудности, когда картина заболевания говорит в пользу острого аппендицита, а на самом деле под его маской скрывается другое заболевание. В таких случаях во время операции обнаруживается нормальный аппендикс, и приходится производить ревизию (исследование) других органов живота с целью выявления истинного заболевания и проведения дальнейших соответствующих ему лечебных хирургических мероприятий. В этих случаях удаление аппендикса производится по усмотрению хирурга.

Операция производится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.i.n
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 аппендикса (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о том, что воспаление аппендикса, возможно, не будет обнаружено, но он все же будет удален.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боли и дискомфорт.

Я получил/а также разъяснения в отношении возможных после основной операции осложнениях, включая инфекцию, кровотечение, повреждение органов живота, а также образование спаек в брюшной полости, которые могут стать причиной механического бесплодия у женщин.

Настоящим я даю свое согласие на проведение 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 невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические

вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

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.

ט' 0055/4700/0000/OSURG/ דצמבר 2000

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 душевнобольной)

שם אפוטרופוס (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 зачеркнуть