

טופס הסכמה: ניתוח לשחרור העצב המדיאני/אולנרי בתעלת שורש כף היד
RELEASE OF CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)
RELEASE OF ULNAR NERVE – GUYON'S CANAL
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО ВЫСВОБОЖДЕНИЮ
СРЕДИННОГО/ЛОКТЕВОГО НЕРВА ОТ СДАВЛЕНИЯ В
ТУННЕЛЕ ЗАПЯСТЬЯ

Операция производится с целью избавления пациента от болей, которые возникают вследствие сдавления срединного/локтевого нерва в запястном туннеле. Причину сдавления в большинстве случаев выяснить не удастся. В некоторых немногочисленных случаях обнаруживается, что причиной сдавления является опухоль или анатомические особенности туннеля. Часть больных указывает на перенесенную в прошлом травму этой области.

Операция состоит в разрезе кожи и рассечении подкожной клетчатки в области запястья с последующим разрезом связки, сдавливающей нерв/нервы. Если в процессе операции выявляются дополнительные патологические изменения, например, разрастание тканей вокруг сухожилий или вовлечение нерва в рубцовый процесс, то все излишние ткани иссекаются, и нерв высвобождается из рубцов.

Разрез ушивается, и швы снимаются на 7-14 день. Операция проводится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута. При этом возникает ощущение сдавления руки.

Данные больного _____
שם משפחה
фамилия
שם פרטי
имя
שם האב
имя отца
.ז.ת
номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от
 доктора _____
שם פרטי
имя
שם משפחה
фамилия

об операции освобождения срединного/локтевого* нерва от сдавления в туннеле запястья правой/левой* руки (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции и о вероятности замедленного восстановления освобожденного нерва. У небольшой части больных процесс выздоровления, сопровождающийся описываемыми ниже сопутствующими явлениями, может быть длительным. Иногда патологический процесс может рецидивировать, и лечение его потребует повторной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известны сопутствующие явления после основной операции, к которым относятся боль, дискомфорт, припухлость кисти и пальцев, ограничение подвижности и подкожные кровоизлияния, которые обычно самопроизвольно рассасываются.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение и инфекцию, которые потребуют лечения.

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 1998 יולי /ORTHO/HSRG/8212/0094 ט' 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.

Настоящим я даю согласие на выполнение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с наложением артериального жгута, будучи осведомлен/а об опасностях и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также о возможности развития нервных и/или сосудистых расстройств при регионарной анестезии.

Если возникнет необходимость в выполнении основной операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога.

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.

חתימת החולה подпись больн	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