

**טופס הסכמה: ניתוח לתפירות גידים/ידיים/ידיים**  
**REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS**  
**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО СШИВАНИЮ**  
**СУХОЖИЛИЯ/СУХОЖИЛИЙ НА РУКЕ/РУКАХ**

Операция производится с целью вернуть пальцу возможность разгибания/сгибания, которая была утрачена вследствие повреждения/разреза сухожилия/сухожилий мышц сгибателей/разгибателей.

При операции производится сшивание поврежденных/перерезанных сухожилий конец в конец.

Если во время операции выяснится, что такое сшивание невозможно, то оперирующий хирург применит по мере возможности другую технику сшивания (заместительную) для того, чтобы вернуть пальцу/пальцам необходимую подвижность. После операции рука фиксируется в гипсе на 4-6 недель.

Швы с операционного разреза снимаются через 10 дней. В этот период и в дальнейшем необходимо физикальное лечение, физиотерапия и трудовая терапия на протяжении нескольких месяцев.

Операция производится под регионарной анестезией или под общим наркозом в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута. При этом может возникнуть ощущение давления в руке.

Данные больного \_\_\_\_\_

שם משפחה фамилия	שם פרטי имя	שם האב имя отца	.i.n номер паспорта
---------------------	----------------	--------------------	------------------------

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

שם פרטי имя	שם משפחה фамилия
----------------	---------------------

об операции сшивания сухожилия/сухожилий\*, разгибателя/разгибателей\*, сгибателя/сгибателей\*, на правой/левой\* руке, на 1/2/3/4/5\* пальце (в дальнейшем: «основная операция»).

Я получил/а разъяснения относительно основной операции, включая вероятность того, что запланированное сшивание сухожилий окажется невозможным, и тогда придется прибегнуть к заместительной технике. Кроме того, мне известно, что в значительной части случаев не удастся восстановить подвижность пальцев в полном объеме, как это было до травмы.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что я осведомлен/а о побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и припухлость руки, которые потребуют лечения. Я знаю также, что после снятия гипса остается скованность (тугоподвижность) оперированной руки и пальцев, которая потребует физикального лечения на протяжении нескольких месяцев, а иногда и повторной операции для удаления спаек.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию и повторный разрыв сшитых сухожилий. Лечение этого разрыва потребует повторной операции для сшивания.

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 1998 יולי/ORTHO/HSRG/8244/0096 ט

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 свое согласие на проведение регионарной анестезии в сочетании с артериальным жгутом, будучи осведомлен/а об опасностях и осложнениях анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также о возможности развития нервных или сосудистых расстройств.

Если будет решено провести основную операцию 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 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 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