

טופס הסכמה : צינתור כלי דם

## ANGIOGRAPHY

### БЛАНК СОГЛАСИЯ: КАТЕТЕРИЗАЦИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ (АНГИОГРАФИЯ)

Катетеризация кровеносных сосудов (ангиография) производится с целью диагностики их сужения, закупорки, пороков развития или аневризмы.

Процедура производится под местной анестезией у взрослых и общим наркозом у детей. С помощью катетера или иглы в сосуды паховой области/поясницы/подмышечной области или в сосуды других областей (в зависимости от цели исследования) вводится контрастное вещество с последующей демонстрацией кровеносных сосудов путем выполнения серии рентгеновских снимков.

При лечебной ангиографии производится расширение кровеносного сосуда с помощью баллона. Эту манипуляцию можно сочетать с дополнительными лечебными приемами, к которым относятся: введение вспомогательного инструмента или стента, а также введение вещества, способного растворять тромбы. В случае, когда при диагностической ангиографии обнаруживаются патологические изменения, которые можно немедленно устранить, вслед за диагностической тут же производится и лечебная ангиография.

Если у больного имеются заболевания почек и/или повышенная чувствительность к йоду, то он должен сообщить об этом врачу-рентгенологу до начала исследования.

Данные больного \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      .י.ת.  
 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 выполнения диагностической и/или лечебной ангиографии, включая лечение с помощью баллона и/или стента, и/или раствора, растворяющего тромбы\* .

Дополнительные детали лечения \_\_\_\_\_

(в дальнейшем: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения в отношении сопутствующих явлений основного лечения, включая боли и дискомфорт в результате проведения местной анестезии и введение катетера ,а также мгновенное ощущение жара в результате введения контрастного вещества.

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях ангиографии, включая кровотечение в месте введения катетера или иглы, закупорку артерии в месте введения катетера или в отдаленной области, подкожное кровоизлияние, ложную аневризму и инфекцию. В редких случаях развиваются патологические изменения органа или конечности, подвергшихся ангиографии, которые иногда могут привести к потере этой конечности и мозговому кровоизлиянию.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях в результате введения контрастного вещества, к которым относятся: аллергическая реакция разной степени тяжести; в очень редких случаях – нарушение функции почек или ухудшение течения имеющегося заболевания сердца. В чрезвычайно редких случаях эти осложнения могут привести к летальному исходу.

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения или после его 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 1997 פברואר /VASUR/000/ANG/0008 ט' 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 вмешательства, 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 основного лечения.

Я даю также согласие на проведение, по мере необходимости и в соответствии с профессиональными соображениями лечащих врачей, местной анестезии, будучи осведомлен/а о возможных ее осложнениях, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на используемые с целью анестезии препараты. Если возникнет необходимость в проведении основного лечения под общим наркозом, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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 душевнобольной)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) фамилия опекуна (степень родства)	שם אפוטרופוס (קירבה) (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 понятны в полном объеме.

מס' רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

\* Лишнее стереть