

טופס הסכמה: לפרוסקופיה גניקולוגית

## LAPAROSCOPIC PROCEDURE IN GYNECOLOGY БЛАНК СОГЛАСИЯ: ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Гинекологическая лапароскопия предназначена для осмотра брюшной полости с целью диагностики и/или лечения гинекологических заболеваний и патологических состояний в области живота и таза. Лечение с помощью лапароскопии включает в себя возможность удаления таких органов, как яичники, маточные трубы и матка.

Осмотр брюшной полости производится путем введения в области пупка специального оптического прибора и дополнительных хирургических инструментов через небольшие разрезы передней брюшной стенки.

В процессе лапароскопии производится, хотя и не всегда, введение в брюшную полость углекислого газа (CO<sub>2</sub>) с помощью специальной иглы. При использовании лапароскопического метода диагностики и лечения процесс реабилитации и выздоровления происходит быстрее, чем после традиционной операции вскрытия брюшной полости, называемой «открытым методом», боль менее выражена, а рубцы в большинстве случаев очень небольшие.

Лапароскопия проводится обычно под общим наркозом, но можно использовать и местную анестезию с одновременным приемом успокаивающих препаратов.

Данные больной \_\_\_\_\_

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

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от доктора \_\_\_\_\_

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

о необходимости выполнения лапароскопии с целью \_\_\_\_\_  
(в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила объяснения относительно сопутствующих основной операции явлений, включая боль в области разрезов, боли в плечах в связи с раздражением диафрагмы в результате введения газа в брюшную полость. Эти боли обычно проходят в течение нескольких дней.

Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях, к которым относятся: инфекция, повреждение органов живота или больших кровеносных сосудов; технические трудности при выполнении лапароскопии, которые могут потребовать перехода к «открытому методу», т.е. к вскрытию брюшной полости с целью корригирующих воздействий или для завершения основной операции. В  
чрезвычайно редких случаях возможен смертельный исход.

Кроме того, мне известно о существующей вероятности того, что описанные осложнения не будут диагностированы в процессе основной операции, и для лечения их необходима будет дополнительная операция на более позднем этапе.

Мне объяснено, что можно выполнить необходимое в моем случае лечение также и «открытым методом», и я осведомлена о возможных при этом сопутствующих явлениях, шансах на успех, опасностях и продолжительности периода выздоровления.

Взвесив оба предложенных мне варианта хирургического вмешательства, я выбрала метод лапароскопии. Настоящим я прошу и изъявляю свое согласие на проведение основной операции по методу лапароскопии.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я поняла, 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 2001 ינואר /BGYN/LAP/5421/0054 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 согласие на проведение местной анестезии в сочетании с приемом успокаивающих препаратов, будучи осведомлена о следующих возможных опасностях и осложнениях при проведении местной анестезии: аллергическая реакция различной степени тяжести на анестезирующие препараты; при приеме успокаивающих лекарств – в редких случаях нарушение дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных с заболеваниями дыхательной системы и сердца. Если будет решено провести операцию под общим наркозом, то соответствующие разъяснения 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<br>подпись больной   | שעה<br>час | תאריך<br>дата  |
|--|------------|--|
| (חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)<br>подпись опекуна (в случае, если больная недееспособна, несовершеннолетняя или душевнобольная) |            | שם אפוטרופוס (קירבה)<br>фамилия опекуна<br>(степень родства) |

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больной/опекуну больной\*, и что она подписала в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

| מס רישיון<br>номер лицензии | חתימת הרופא/ה<br>подпись врача | שם הרופא/ה<br>фамилия врача |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
|                             |                                |                             |

\* Лишнее зачеркнуть