

טופס הסכמה: ניתוח קיסרי
CESAREAN SECTION
Кесарево сечение

Кесарево сечение производится с целью извлечения из матки плода в случаях, когда его невозможно извлечь через влагалище из-за подозреваемой или действительно существующей опасности для роженицы и/или плода. Операция производится под общим наркозом и/или эпидуральной анестезией.

Данные роженицы:

фамилия שם משפחה	имя שם פרטי	имя отца שם האב	паспорт ז.ל.
---------------------	----------------	--------------------	-----------------

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

Фамилия שם משפחה	имя שם פרטי רופא/ה:
---------------------	------------------------

о необходимости проведения операции кесарева сечения (далее: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получила объяснения о предстоящем вмешательстве и его желаемых результатах, а также о сопутствующих основной операции явлениях, включая боли и дискомфорт.

Я осведомлена о том, что уровень заболеваемости при операциях кесарева сечения выше, чем при естественных влагалищных родах, и при каждой последующей операции кесарева сечения, которую перенесла женщина, вероятность возникновения заболеваний увеличивается.

Мне известно о том, что эта операция понижает вероятность естественных родов в будущем.

Я осведомлена также о возможных опасностях и осложнениях, связанных с основной операцией, включая: более сильное, чем обычно, кровотечение, которое может потребовать переливания крови и/или перевязки кровеносных сосудов матки, и/или удаления матки; инфекция матки и/или труб, и/или яичников и/или других органов брюшной полости, что потребует лечения; повреждения органов живота или кровеносных сосудов, которое потребует корректирующих хирургических вмешательств.

Смертность при операциях кесарева сечения выше, чем при естественных родах, но она очень низка.

Мне известно о существующей вероятности того, что осложнения не будут выявлены во время основной операции, и тогда может возникнуть необходимость корректирующей операции на более позднем этапе.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял, 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 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 основной операции.

Я знаю что основная операция производится под общим наркозом и/или под эпидуральной анестезией, и соответствующую информацию по этому поводу 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.

подпись пациентки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
----------------------------------	--------------	---------------

имя опекуна (родство)

подпись опекуна (в случае недееспособной, малолетней, душевнобольной)
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם האפוטרופוס (קרבה)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/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. * Лишнее стереть

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