

טופס הסכמה: תסוקף (אמבוליזציה) של שרירני רחם (מיומות)

## UTERINE FIBROID EMBOLIZATION

### БЛАНК СОГЛАСИЯ: ЭМБОЛИЗАЦИЯ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Эмболизация фибромиом матки производится с целью уменьшения их размеров. Воздействие начинается с введения катетера/катетеров в периферическую артерию/периферические артерии, который/е затем проводится/проводятся вплоть до матки, при этом используется рентгенологический контроль с введением контрастного йодсодержащего вещества. Таким образом демонстрируются кровеносные сосуды матки и фибромиоматозного/ых узла/узлов. Лечение производится путем введения через тот же/те же катетер/катетеры склерозирующего вещества в область фибромиоматозного/ых узла/узлов, что приводит в дальнейшем к уменьшению его/их размера.

Процедура проводится под местной или регионарной анестезией.

Данные больной \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
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 лечении с целью уменьшения фибромиомы матки методом эмболизации (далее: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю, что ознакомлена с другими методами лечения фибромиомы/ом матки, включая гормональное лечение и/или удаление фибромиоматозных узлов, и/или удаление всей матки с использованием различных подходов.

Мне объяснено, что целью описываемого способа лечения является, помимо всего, сохранение матки как органа, однако в случае возможной неудачи придется прибегнуть к другому методу лечения. Не исключена вероятность следующих исходов: после введения катетера лечение не удастся довести до конца; несмотря на полностью проведенное лечение, желаемые результаты не будут достигнуты, и потребуются использование других методов лечения. Согласно данным статистики, в 15% случаев основное лечение не дает удовлетворительных результатов.

Мне объяснено, что речь идет о новом методе лечения, который с успехом применяется во всем мире в течение нескольких последних лет. Однако, как и при любом другом новом методе лечения, о его отдаленных результатах можно будет судить только по прошествии нескольких лет.

Я осведомлена о побочных явлениях, связанных с основным лечением, включая боли в животе и/или боли в других областях, повышение температуры, иногда – тошноту и рвоту.

Кроме того, мне известно о возможных осложнениях основного лечения, включая: осложнения, связанные с введением катетера; аллергическая реакция на склерозирующее вещество; внутреннее или наружное кровотечение; образование эмбола (сгустка крови); инфекция тазовых органов; прободение матки; изменение половой функции. Нарушение кровоснабжения может привести к функциональным изменениям со стороны яичника/яичников, почек и системы свертывания крови. Кроме того, я информирована о том, что мои шансы на будущую беременность могут уменьшиться, несмотря на то, что матка при проведении основного лечения будет сохранена. Я знаю, что при основном лечении используется йодсодержащее контрастное вещество, и настоящим заявляю, что мне не известно о наличии у меня повышенной чувствительности к йоду или о какой-либо другой аллергической реакции в прошлом.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

מ"ז 2002 /OBGYN/6800/6829/0071

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 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 основного лечения, 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.

Настоящим я даю согласие на выполнение местной анестезии и прием успокаивающих препаратов, будучи осведомлена о возможных при этом осложнениях: при местной анестезии – аллергическая реакция разной степени тяжести на анестезирующие вещества; при применении успокаивающих препаратов – в редких случаях нарушение функции дыхания и сердечной деятельности, в основном у больных с болезнями сердца и дыхательной системы.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом или под регионарной анестезией, то соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение и все 2002 מרץ מרץ מרץ ט' /OBGYN/6800/6829/0071 ט' 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.

Ответственным за операцию будет\* \_\_\_\_\_

תאריך	שעה	חתימת החולה
дата	час	подпись больной

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого 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	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

\* Заполнить, если больная лечится частным образом