

טופס הסכמה: ניתוח דלף מחדרי המוח

## EXTRACRANIAL VENTRICULAR SHUNT БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ МОЗГОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ

В мозге существует четыре полости, называемые мозговыми желудочками, которые содержат спинномозговую жидкость. Спинномозговая жидкость вырабатывается в упомянутых желудочках и эвакуируется из них в систему кровообращения (циркуляция спинномозговой жидкости). Если такая циркуляция нарушается, то давление спинномозговой жидкости в желудочках повышается, и их объем увеличивается за счет вещества мозга. Такое состояние называется водянкой мозга (гидроцефалия). Целью операции экстракраниального (вне черепной полости) шунтирования является создание обходного пути для эвакуации спинномозговой жидкости в брюшную или в плевральную полость, или в сердце, откуда она поступит в систему кровообращения.

При отсутствии лечения могут развиваться необратимые изменения мозга, не исключен и смертельный исход. Шунт состоит из желудочковой трубки, которая вводится в голову через маленькое отверстие в черепе, и дополнительной трубки, которая проводится под кожей шеи и грудной клетки и вводится в брюшную или плевральную полость, или в полость сердца. Для введения в полость сердца трубка через небольшой разрез вводится в шейную вену и оттуда, под контролем рентгена с использованием контрастного вещества, проводится в сердце. Обе трубки присоединяются к клапану, имеющему форму кнопки, который обычно располагается на черепе под кожей затылочной области, где его можно нащупать. Клапан позволяет спинномозговой жидкости двигаться только в одном направлении – из мозга в сторону живота или грудной клетки, или сердца. При нажатии на клапан можно проверить функционирование шунта.

Операция проводится под общим наркозом. У детей через несколько лет после операции требуется удлинение брюшной трубки.

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
----------------	---------------------

о необходимости выполнения операции шунтирования мозговых желудочков в брюшную полость/в полость грудной клетки/в сердце\* (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о других методах лечения, возможных в моем случае, а также о побочных явлениях, осложнениях и опасностях, связанных с применением каждого из этих методов.

Настоящим я заявляю и подтверждаю получение информации о желаемых результатах основной операции и об ожидаемых побочных явлениях, включая боли в области разрезов и по ходу проведения дренажной трубки, тошноту, рвоту и боли в животе, которые постепенно проходят. Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: кровотечение из операционных ран; инфекцию шунта; прекращение функционирования шунта вскоре после его введения (из-за уменьшения желудочков); иногда временный парез кишечника; неточное положение желудочковой трубки, что требует дополнительной операции; кровотечение в мозг в области введения желудочковой трубки. Иногда возможно истечение спинномозговой жидкости вокруг трубки и клапана в затылочной области. Когда шунт проводится в брюшную полость, в редких случаях возможна перфорация органов брюшной полости во время введения трубки. В случае плеврального

шунта возможно развитие пневмоторакса (скопление воздуха в плевральной полости), что потребует дренажа посредством введения трубки в межреберном промежутке. В редких случаях эти осложнения могут привести к летальному исходу. Мне также известно, что при сердечном шунте, если в будущем произойдет бактериальное заражение крови, потребуются удаление шунта. Я знаю также, что перед любой операцией или перед лечением зубов я должен/должна буду получать профилактическое лечение антибиотиками. Мне также известно, что в процессе основной операции может возникнуть необходимость в расширении ее объема, например, за счет присоединения дополнительной трубки или изменения ранее намеченного пути проведения дренажа.

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 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.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и что 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 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)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (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 поняты в полном объеме.

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

\* Лишнее стереть