

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 168/DRG/124/OONSR / אוקטובר 1997

טופס הסכמה: ניתוח לניקוז המטומה תת דורלית כרונית

DRAINAGE OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA בלאנק СОГЛАСИЯ: ДРЕНАЖ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ

После травматических повреждений головы, в основном у лиц пожилого возраста, возможно скопление крови в субдуральном пространстве, т.е. под твердой мозговой оболочкой (DURA), окружающей головной мозг. Повторное спонтанное (самопроизвольное) кровотечение приводит к постепенному увеличению объема крови, скопившейся в гематоме и давлению на мозг. В результате этого создается опасность прогрессирующего паралича, нарушения сознания, развития судорог с последующим смертельным исходом. Целью операции является дренирование (обеспечение оттока) субдурального пространства с помощью наружной дренажной трубки (одной или более), которая проводится в субдуральное пространство сквозь просверленное/ые в черепе отверстие/я и присоединяется к стерильной наружной системе для сбора жидкости.

Операция может быть проведена под местной анестезией или общим наркозом, по усмотрению врачей. После операции, до момента извлечения дренажной трубки, больному/больной следует неукоснительно соблюдать строгий постельный режим, чтобы обеспечить наилучший отток крови за счет действия силы тяжести.

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 дренажа хронической субдуральной гематомы с правой/левой* стороны/с обеих сторон* (в дальнейшем: «основная операция»).

Я ознакомлен/а с другими методами лечения, возможными в моем случае, в том числе с присущими им побочными явлениями, опасностями и осложнениями.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о желаемых результатах основной операции и об ожидаемых побочных явлениях, включая головную боль, дискомфорт, тошноту и/или рвоту, которые проходят вскоре после операции. Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: закупорку дренажной трубки, которая может потребовать ее промывание или замену; кровотечение в области операции с повреждением мозговой оболочки, сопровождающееся слабостью или параличом; скопление воздуха в черепной полости, требующее в определенных случаях дренажа; инфекцию в области операции. Мне известно, что в некоторых случаях после удаления дренажа происходит повторное накопление жидкости, в связи с чем вновь возникает необходимость ее дренирования либо через уже существующие просверленные отверстия, либо путем проведения другой, расширенной операции (краниотомии). В редких случаях эти осложнения могут привести к смертельному исходу.

Настоящим я даю свое согласие на выполнения 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,



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד לנירוכירורגיה בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 168/DRG/124/OONSR /אוקטובר 1997

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.

Настоящим я даю согласие на проведение местной анестезии, будучи осведомлен/а о возможных осложнениях при проведении местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на анестезирующие вещества. Если будет решено провести основную 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 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 зачеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד לנירוכירורגיה בישראל