

טופס הסכמה: ניתוח רביזיה של דלף מוחי

REVISION OF EXTRACRANIAL VENTRICULAR SHUNT БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНАЯ РЕВИЗИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ШУНТА МОЗГОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ

При наличии препятствий, нарушающих нормальную циркуляцию спинномозговой жидкости, шунтирующая система создает обходной путь, позволяющий эвакуировать эту жидкость в другие полости тела (брюшную/плевральную полость и полость сердца). Шунтирующая система состоит из трех частей: введенная в мозговой желудочек трубка соединяется с клапаном, позволяющим жидкости двигаться только в одном направлении и расположенным под кожей черепа; от клапана к конечной полости отходит дополнительная трубка. Нарушение функции шунта может быть связано с закупоркой одной из его частей, нарушением связи между его частями и относительным укорочением трубки в результате роста тела.

В случае закупорки трубок или нарушения связи между ними необходима оперативная ревизия шунта и устранение дефекта. Во время такой операции производятся разрезы по ходу трубок в области операционных рубцов, оставшихся после первой операции, или по соседству с ними, на голове и/или на шее, и/или в области грудной клетки, и/или на животе. Можно оставить существующие трубки, или заменить их новыми. Если трубка слишком коротка, ее можно удлинить путем присоединения дополнительной трубки. Ожидаемая продолжительность госпитализации составляет около недели.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה фамилия	שם פרטי имя	שם האב имя отца	י.ת. номер паспорта
---------------------	----------------	--------------------	------------------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

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

о необходимости оперативной ревизии мозгового шунта (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а об отсутствии других методов лечения нефункционирующего шунта. Мне известно, что в определенных случаях можно отсрочить операцию на короткое время (но не отменить ее), применяя для этой цели лечение мочегонными препаратами и кортикостероидами. Мне объяснено также, что повторные пункции или длительный наружный дренаж являются только временными мерами, которые не отменяют необходимость операции, при этом следует учесть, что их использование связано с существенной угрозой инфицирования.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения по поводу желаемых результатов основной операции и связанных с ней побочных явлений, включая боли в области операционных разрезов, тошноту и/или рвоту, которые постепенно проходят. Мне известно, что в редких случаях возможно развитие таких осложнений как инфекция и кровотечение в мозговых желудочках, перфорация кишечника, истечение спинномозговой жидкости вокруг трубок шунта и/или из операционной раны, по поводу чего возникнет необходимость дополнительной операции. В чрезвычайно редких случаях эти осложнения могут привести к смертельному исходу.

Я осведомлен/а о вероятности того, что во время основной операции может возникнуть

необходимость оставить часть старых трубок и добавить новые, или ввести в мозг, брюшную, плевральную или сердечную полость новый шунт.

Мне также известно, что в случае, если трубка будет вводиться в полость сердца, то может понадобиться введение контрастного вещества для правильной ее установки.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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

אוקטובר 1997 /OONSR/024/ECVS/0167 ט'

ответственности 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