

טופס הסכמה: ניתוחים של יותרת המוח (היפופיזה) והסינוס הספנואידילי בגישה טרנס-ספנואידילית

**USING TRANS-SPHENOIDAL APPROACH
HYPOPHYSEAL AND SPHENOID SINUS SURGERY
БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ НА ПРИДАТКЕ МОЗГА
(ГИПОФИЗЕ) И ОСНОВНОЙ ПАЗУХЕ С ПОДХОДОМ ЧЕРЕЗ
ОСНОВНУЮ ПАЗУХУ**

Эти операции производятся для получения образцов ткани (биопсии)/удаления опухоли придатка мозга, называемого гипофизом, или соседних участков мозга. Показанием для подобной операции является также истечение спинномозговой жидкости, развившееся в результате переломов или операции в этой области; при этой операции стремятся к полной ликвидации воздушного пространства в пазухе путем заполнения ее тканями. Подход осуществляется через одну из ноздрей или с помощью разреза под верхней губой, после чего инструменты вводятся в носовую полость и далее в основную пазуху. Чтобы предупредить истечение спинномозговой жидкости из носа после операции, в некоторых случаях необходимо заполнить пазуху жировой и/или мышечной тканью, взятой из передней брюшной стенки или из бедра, к которой добавляют биологический клей. В дополнение к этому, иногда во время операции или сразу же после нее в спинномозговой канал вводится временный дренаж для обеспечения оттока спинномозговой жидкости.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ז.ל
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 проведения операции _____

с подходом через основную пазуху (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о желаемых результатах основной операции и о том, что в некоторых случаях на более позднем этапе выявляется необходимость в дополнительной завершающей операции с подходом через полость черепа.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о других возможных в моем случае методах лечения, о сопутствующих им явлениях, а также о шансах на успех и осложнениях, связанных с их применением.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о сопутствующих основной операции явлениях, включая боли, дискомфорт и припухлость в области губ и носа, кровотечение из десен и носа, которые проходят через несколько дней, а также временное затруднение носового дыхания.

Мне известно также о возможных осложнениях основной операции, включая: истечение спинномозговой жидкости, головные боли; жажда, потребность в обильном питье и обильное выделение мочи, вследствие временного или постоянного снижения уровня гормона АДН, регулирующего водный обмен и способствующего накоплению воды в организм; инфицирование операционной раны или мозговых оболочек; скопление воздуха в черепной полости; временная или постоянная деформация носа или носовой перегородки.

Я знаю, что для коррекции некоторых из этих осложнений могут в будущем потребоваться

дополнительные операции. Может понадобиться также временное или постоянное медикаментозное лечение с целью компенсации гормональной недостаточности. Я осведомлен/а также о таких очень редких осложнениях как слепота, кровоизлияние в мозг и/или другие повреждения мозга, и/или очень тяжелое воспаление мозговых оболочек (менингит) и самого мозга (энцефалит), которые могут привести к летальному исходу.

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 ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

תתימת החולה подпись больно	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