כללית

טופס הסכמה: טיפול בדיאליזה ציפקית
PERITONEAL DIALYSIS
Перитонеальная диализа

Диализа это процедура выполняющая функцию почек для страдающих почечной недостаточностью. Это лечение необходимо для поддержания жизни, но оно не ведет к выздоровлению.

Процедура заключается в вливании жидкости в перитонеальную полость живота с помощью специального катетера. Катетер вводится в живот под общим или местным наркозом. Дополнительные компоненты лечения это специальная диета, лекарства, наблюдение у врача и ряспорядок жизни по рекомендации врачей.

Процедура проводится несколько раз в неделю, дома или в больнице, в зависимости от состояния пациента/ки. Процедура длится несколько часов, и обычно после краткого отдыха пациент/ка может вернуться к своему распорядку дня.

имя пациента/ки: _____ _____ _____ _____

фамилия имя имя отца паспорт ת.ז

שם משפחה שם פרטי שם האב

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____

Фамилия имя

שם משפחה שם פרטי רופא/ה:

О потребности в перитонеальной диализе. Я ознакомлен/а с этой процедурой и с необходимым образом жизни.

Я осведомлен/а о связанных с процедурой побочных явлениях, включая слабость, дискомфорт и боль живота.

Я осведомлен/а о возможных осложнениях лечения: кровотечение, затвердение брюшины, повреждение внутренних органов, инфекция в области катетера, инфекция брюшины вплоть до сепсиса, нарушения метаболизма углеводов и баланса электролитов, нарушения деятельности сердца, пищеварительного аппарата, нервной системы, болезни костей, ускоренный атеросклероз, воспаление леких, жидкость в легких, сердечная недостаточность и отек легких.

Я заявляю, что ознакомлен/а с другими видами лечения, включая степень риска и осложнения каждого, и даю свое согласие на лечение методом перитонеальной диализы.

Я согласен/а также на введение катетера в живот, после того как был/а ознакомлен/а с возможными нежелательными последствиями, включая кровотечение, инфекцию, повреждение органов живота, для которых может потребоваться хирургическое вмешательство. В редчайших случаях возможна смерть. Я ознакомлен/а с возможными осложнениями местной анестезии включая аллергическую реакцию разной степени на обезбаливающие лекарства и повреждение нерва, и с возможными осложнениями в случае необходимости общего наркоза, включая повреждение зубов, повреждение голосовых связок при интубации, аллергическая реакция на препараты анестезии, которая в редчайших случаях может привести к смерти.

Я знаю и согласна с тем, что введение катетера и все процедуры будут проведены соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, под его ответственность и согласно закону, и ответственным за введение катетера будет* _____ שם הרופא.

_____ _____ _____

подпись пациента/ки время дата

חתימת החולה שעה תאריך

_____ _____

имя опекуна (родство) подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם האפוטרופוס (קירבה)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____

מס' רשיון חתימת הרופא שם הרופא

*מחק/י את המיותר והקף/ י בעיגול את הרלבנטי. *מלא במקרה של חולה פרטי **מחק את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל **החברה לניהול סיכון ברפואה**

האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתרלחץ-דם