

טופס הסכמה: ניתוח להסרת ירוד
CATARACT EXTRATION

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ
КАТАРАКТЫ**

Катаракта является одной из самых частых причин нарушения зрения у пожилых людей. Ею поражается свыше двух третей населения в возрасте свыше 60 лет. Пораженный катарактой хрусталик глаза теряет присущую ему прозрачность.

Целью операции является удаление помутневшего хрусталика, после чего в большинстве случаев на его место имплантируется прозрачная линза, играющая роль искусственного хрусталика.

При выборе этого искусственного хрусталика и его оптической силы врач опирается на данные как предоперационного исследования глаза, так и на полученные в процессе операции. В некоторых случаях невозможно осуществить пересадку искусственного хрусталика из-за отсутствия соответствующих условий. У таких больных производится только удаление хрусталика. Иногда невозможность пересадки искусственного хрусталика становится очевидной только во время операции.

Операция обычно производится под местной анестезией.

Данные больного _____

שם משפחה фамилия	שם פרטי имя	שם האב имя отца	.י.ל 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 по поводу катаракты на правом/левом*

глазу с пересадкой/без пересадки* искусственного хрусталика (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно, что не существует других способов лечения катаракты.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мною получены объяснения в отношении желаемых результатов операции и возможных сопутствующих явлений, включая боли и дискомфорт.

Кроме того, мне известно о возможных опасностях и осложнениях операции, включая инфекцию, кровотечение, потерю стекловидного тела, вывих хрусталика, смещение хрусталика внутрь глаза. Осложнения могут развиваться и в

отдаленные сроки как следствие более поздней реакции глаза на операцию. К возможным поздним осложнениям основной операции относятся изменение рефракции, а в очень редких случаях – полная потеря зрения на оперированный глаз.

Еще более редкими осложнениями являются: опущение века, хроническая воспалительная реакция; отрицательное влияние имплантированного искусственного хрусталика на роговицу, что может потребовать хирургического удаления искусственного хрусталика, а иногда и пересадки роговицы; отслойка сетчатки и отек макулы (желтого пятна). Иногда развивается вторичная катаракта, лечение которой требует применения лучей лазера.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я 2004 ספטמבר /OPHTL/LEN/000/0026 ט
 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 вмешательства, 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.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии, будучи ознакомлен/а с возможными ее опасностями и осложнениями, включающими кровотечение, инфекцию, повреждение глаза и в редчайших случаях – полную потерю зрения.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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