

**טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית**  
**VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL**  
**DETACHMENT**  
**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ ПО УДАЛЕНИЮ**  
**СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА**  
**С ЛЕЧЕНИЕМ/БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ**

Целью операции по удалению стекловидного тела является создание условий для прохождения лучей света к сетчатке. Необходимость подобной операции возникает в тех случаях, когда стекловидное тело становится мутным в результате таких болезней как сахарный диабет или кровоизлияние в глаз. Во время операции ткань стекловидного тела заменяется специальным веществом.

Встречаются случаи, когда поражения стекловидного тела сочетаются с поражением сетчатки. Отслойка сетчатки – это такое состояние, при котором сетчатка отделяется от своего ложа, причиной чего могут явиться травма, заболевания глаза или общие заболевания, например, сахарный диабет. При отслойке сетчатки она теряет способность восприятия светового раздражителя. В этих случаях производятся различного рода операции с целью прикрепления отслоившейся сетчатки к ее ложу в сочетании с операцией по удалению стекловидного тела и введением в глаз путем инъекции специального вещества, которое заменяет собой стекловидное тело.

Операция производится обычно под местной анестезией или под общим наркозом.

Данные больного \_\_\_\_\_  
 שם משפחה                      שם פרטי                      שם האב                      ת.ז.  
 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 выполнения операции по удалению стекловидного тела на правом/левом \* глазу с операцией/без операции \* по устранению отслойки сетчатки (в дальнейшем: «основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно об отсутствии альтернативных способов лечения подобных заболеваний.

Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции. При этом, если одновременно производится операция по устранению отслойки сетчатки, то в ряде случаев возникнет необходимость в дополнительной/ых операции/ях такого рода.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны объяснения в отношении сопутствующих явлений после операции, включая боль, дискомфорт, יוני 1997 покраснение и припухлость.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях основной операции, включая: инфекцию, кровотечение, изменение рефракции, что потребует ношения очков или смены уже использовавшихся до операции очков, опущение века, двоение в глазах, разрывы сетчатки, отслойку сетчатки, повреждение хрусталика и даже полную потерю зрения на оперированный глаз и сморщивание глазного яблока. Если операция включает устранение отслойки сетчатки, то возможны такие осложнения как косоглазие, повышение внутриглазного давления и прогрессирующее развитие катаракты.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я 1997 ת/ОРНТЛ/ВСР/ВИТ/0029 יוני  
 понял/а, что в процессе выполнения основного исследования или после его 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 основного исследования.

Я также даю согласие на проведение местной анестезии, будучи осведомленным/ой об ее опасностях и осложнениях, включая кровотечение, инфекцию, повреждение глаза и в редких случаях – потерю зрения.

Если операция будет проводиться под общим наркозом, я получу соответствующие разъяснения от врача-анестезиолога.

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.

תחמת החולה подпись больного	שעה час	תאריך дата
תחמת 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	תחמת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача

\* Лишнее стереть