

שופס הסכמה: ניתוח לתיקון פזילה
OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES
Операция по исправлению косоглазия

Цель операции исправить расположение глазного яблока, укорачивая и/или удлиняя экстра-окулярные мышцы ответственные за движения глаз. Операция влияет не на остроту зрения а на внешний вид пациента/ки, и на функцию обоих глаз вместе. Эта операция- один из возможных методов лечения, которые включают очки и/или прикрывание одного глаза как лечение ленивого глаза. Эти методы лечения используются до и/или после операции. Каждая операция затрагивает одну или две мышцы, в одном глазу или в двух, в зависимости от ситуации.

Операция проводится под общим или местным наркозом.

имя пациента/ки: _____

фамилия שם משפחה	имя שם פרטי	имя отца שם האב	паспорт .I.P
---------------------	----------------	--------------------	--------------

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

Фамилия שם משפחה	имя שם פרטי	:רופא/ה
---------------------	----------------	---------

О потребности в операции по исправлению косоглазия правого/левого глаза/ обоих глаз*, на одной/ двух мышцах*. (далее: «данная операция»). Я подтверждаю что осведомлен/а об ожидаемых результатах операции включая изменение угла косоглазия с постепенным улучшением или ухудшением, что значит возврат к изначальному положению или появление новой формы косоглазия. В этих случаях возможна дополнительная операция. Я осведомлен/а о побочных явлениях после операции включая боль и дискомфорт.

Также я осведомлен/а о риске и о возможных осложнениях в течении операции, включая: кровотечение, инфекция, и в редчайших случаях ухудшение зрения.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции. Я подтверждаю что знаю и понимаю, что в течении операции может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласен/а на расширение операции, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной операции. Также я даю свое согласие на местную анестезию получив информацию о риске и об осложнениях, включая: кровотечение, инфекция, повреждение глаза и в редких случаях потеря зрения.

Если будет избран общий наркоз, я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.

Я знаю и согласен/а с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

подпись пациента/ки חתימת החולה	время שעה	дата תאריך
------------------------------------	--------------	---------------

имя опекуна (родство)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
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
		*מחקר/י את המיותר והקף/ י בעיגול את הרלבנטי.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי עיניים בישראל