כללית

טופס הסכמה: הסרת נגע בעור
REMOVAL OF CUTANEOUS LESION
БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ОЧАГОВ

Удаление кожных или подкожных патологических очагов, в частности, новообразований различной природы, производится с диагностической, лечебной и косметической целью, а также из соображений удобства для больного. Эти поражения могут быть доброкачественными или иметь признаки злокачественности. Выбор способа удаления патологического очага кожи зависит от его величины, формы у основания, внешнего вида, локализации и от наличия или отсутствия подозрения на злокачественность. Во всех случаях удаления патологических образований кожи образуется рубец разной величины.

К принятым способам удаления патологических кожных очагов относятся: хирургическое удаление с проведением быстрого патогистологического анализа или без него, удаление по способу Моза (MOHS) и другие методы, включая выскабливание и выжигание электроиглой, выжигание лучом лазера, замораживание жидким азотом или облучение. Выбор способа удаления производится в соответствии с характером патологического образования и с учетом принятых показаний к подобным вмешательствам.

В случаях, когда производится хирургическое удаление, объем удаляемой ткани зависит от описанных выше характерных особенностей патологического образования. Закрытие образовавшегося после удаления дефекта производится путем сближения и сшивания краев разреза (первичные швы). Если подобное ушивание невозможно, то восстановление целостности кожного покрова производится за счет перемещения соседнего здорового участка кожи (несвободный кожный лоскут) или путем пересадки кожи, взятой из отдаленных участков тела (свободный кожный лоскут). При наложении первичных швов величина образовавшегося рубца может достигать размеров, в 3 раза превышающих диаметр патологического образования у его основания. При использовании свободных и несвободных кожных лоскутов размеры рубца больше, чем при первичном ушивании дефекта. Снятие швов производится обычно в пределах 2 недель после операции в зависимости от локализации поражения. В случаях, когда не производится восстановление путем сшивания краев дефекта, после операции остается открытая рана, которая заживает вторичным натяжением в течение нескольких недель.

Вид образующегося рубца зависит от локализации патологического очага, строения Кожи и индивидуальной способности кожи к заживлению.

Удаление кожных поражений проводится обычно под местной анестезией или, в очень редких случаях, под регионарной анестезией или общим наркозом. В некоторых случаях необходимо более сложное оперативное вмешательство и/или повторное удаление пораженного очага в соответствии с результатами патогистологического исследования.

Данные больного _____ _____ _____ _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора _____ _____

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

об удалении пораженного участка кожи
в области _____
указать место поражения ציין את מקום הנגע
по методу _____
указать метод ציין את השיטה
(в дальнейшем: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил/а объяснения об ожидаемых результатах основного лечения, а именно об удалении всего очага поражения полностью или большей его части и о форме и

характере образующегося рубца. Я осведомлен/а: о возможных принятых методах удаления патологических образований кожи, об опасностях, осложнениях, видах исследования и лечения, характерных для каждого из этих методов; о выборе соответствующего способа лечения в зависимости от особенностей патологического очага. Кроме того, я получил/а объяснения о преимуществах избранного для меня способа удаления перед другими возможными методами.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основного лечения, включая покраснение, припухлость, боль и дискомфорт. Мне объяснено, что во всех случаях после удаления очага поражения на его месте образуется рубец.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях в процессе основного лечения и после него, включая: местное кровотечение, местную инфекцию, расхождение швов, неприживление несвободного или свободного кожного лоскута, образование выраженных рубцов, изменения пигментации и повреждение периферических нервов. Эти осложнения встречаются редко.

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения.

Я даю согласие также на проведение местной анестезии в сочетании с внутривенным введением успокаивающих препаратов или без применения последних. Мне известны опасности и осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты; мне также
известны возможные реакции на успокаивающие препараты, которые в редких случаях могут вызывать нарушение дыхательной функции и деятельности сердца, в основном у больных, страдающих заболеваниями сердца и дыхательной системы.

Мне известно также о возможных нервных и сосудистых нарушениях при проведении регионарной анестезии.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное лечение 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 недее-способен, 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

* Зачеркнуть лишнее и обвести кружком нужное