

טופס הסכמה: בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה באמצעות תדר רדיו
ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY (EPS) AND RF (RADIO
FREQUENCY)

Электрoфизiologicalическое исследование и прижигание
радиоволнами

Электрoфизiologicalическое исследование предназначено для диагностики различных нарушений сердечного ритма, с помощью ввода катетера в сердечную полость посредством кровеносных сосудов. Прижигание радиоволнами предназначено для лечения нарушений сердечного ритма. Процедура обычно проводится под местным наркозом с/без использования успокоительных препаратов.

имя пациента/קי: _____
_____ _____ _____ _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .י.ת

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

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

О потребности в проведении электрофизиологического исследования и прижигания с помощью радиоволн (**RF Ablation**). (далее: «данная процедура»)

Мне объяснили, что в большинстве случаев после RF Ablation не будут происходить нарушения ритма.

Я подтверждаю здесь, что осведомлен/а о побочных явлениях данной процедуры, включая боль и дискомфорт в районе ввода катетеров.

Также, я осведомлен/а о возможных риске и осложнениях данной процедуры, включая:

- Повреждение кровеносных сосудов в районе ввода катетера, что иногда требует операции для их исправления.
- Повреждение плевры и/или перфорация легкого в случаях, когда катетер вводится через венозные сосуды грудной клетки.
- Перфорация сердечной стенки, которая в редких случаях приводит к значительной потере крови, что потребует вывода жидкости из полости сердечной сумки с помощью иглы, а иногда требует срочной операции.
- Повреждение сердечной проводимости, что может потребовать имплантации постоянного стимулятора.
- Эмболизм в артерии различных органов и истекающий из того ущерб, который потребует срочного лечения, а возможно операции.

Все перечисленные выше осложнения относительно редки. В редчайших случаях эти осложнения могут повлечь летальный исход.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в течении данной процедуры 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 согласна на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на прием успокоительных лекарств и на местную анестезию будучи осведомлен/а о том, что успокоительные лекарства в редких случаях причиняют нарушения дыхания и сердечные сбои, особенно при заболеваниях сердца и дыхания, и о риске аллергии разной степени на обезбаливание.

Если будет избран общий или спинальный наркоз, я получу разъяснения от анестезиолога



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל

החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרפיזיולוגיה

ט' 2000/OCARD/0000/3734/0189 יולי

Я знаю и согласен/а с тем, что данная процедура и все дополнительные действия 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.

_____ חתימת החולה подпись пациентки	_____ שעה время	_____ תאריך дата
_____ שם האפוטרופוס (קירבה) имя опекуна (родство)	_____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) חתימת האפוטרופוס של החולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם. подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)	
_____ מס' רשיון	_____ חתימת הרופא/ה	_____ שם הרופא/ה

*מחקר/י את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל

החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרפיזיולוגיה