

טופס הסכמה: היפוך השמלי של קצב הלב
ELECTRICAL CARDIOVERSION

Бланк согласия: Электрическая кардиоверсия

Лечение проводится в случаях нарушения сердечного ритма. С целью кардиоверсии используются пластинки или наклейки, накладываемые на грудную клетку, через которые пропускается мощный электрический ток с целью упорядочения сердечного ритма. Лечение проводится после внутривенного введения седативных препаратов.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.ז.ת
фамилия	имя	отчество	номер уд. личн.

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости выполнения электрической кардиоверсии (далее: «Основное лечение»).

Мне объяснено, что в большинстве случаев кардиоверсия бывает успешной, и сердечный ритм опять становится регулярным. Однако существует вероятность того, что после кардиоверсии нарушения ритма не исчезнут или даже ухудшатся, или они исчезнут и вернуться снова через короткий или длительный промежуток времени.

Кроме того, я информирован/а о возможных при моем состоянии альтернативных видах лечения, включая: начало или продолжение медикаментозного лечения, при котором шансы на успех ниже, чем при электрической кардиоверсии. Мне объяснено также, что существуют состояния, при которых можно продолжать жить с нарушениями ритма сердца. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основного лечения, включая местные боли и/или легкий ожог кожи грудной клетки или болевые ощущения во время выполнения кардиоверсии, несмотря на применение седативных препаратов. Кроме того, я информирован/а о возможных осложнениях основного лечения, включая: мозговой инсульт вследствие эмболии мозга тромбом; эмболия тромбом кровеносных сосудов других отделов тела; очень медленный ритм сердца, при котором может потребоваться введение временного или постоянного водителя ритма; нарушение желудочкового ритма, которые могут быть опасными; отек легких

Настоящим я даю согласие на проведение основного лечения.

Настоящим я даю также согласие на внутривенное введение седативных препаратов после того, как мне объяснили, что применение седативных препаратов может изредка вызывать нарушения дыхания и нарушения деятельности сердца, главным образом, у больных с заболеваниями сердца и дыхательной системы, а также плохое общее самочувствие после прекращения их воздействия. Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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	שעה	תאריך
подпись больного	час	дата
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)		фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного * все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, 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	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее вычеркнуть



התברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
 האיגוד הקרדיולוגי בישראל
 החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרפיזיולוגיה