

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרץ הירך או הברך

TOTAL HIP/KNEE REPLACEMENT

Бланк согласия: Операция замены тазобедренного или коленного сустава

Замена тазобедренного или коленного сустава искусственным трансплантатом производится в случаях тяжелого поражения тканей сустава в силу различных причин. В процессе операции суставные поверхности заменяются трансплантатом, изготовленным из пластмасс, керамических и металлических материалов. Операция производится под общим наркозом и/или регионарной анестезией.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	.י.ל
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 характере моего заболевания и необходимости выполнения операции по замене коленного/тазобедренного* сустава с правой/левой* стороны.

Вид трансплантата _____
(далее: «Основная операция»).

Мне известно, что продолжительность жизни искусственного сустава ограничена, и может возникнуть необходимость в повторных операциях в будущем.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных послеоперационных эффектах основной операции, включая: боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, при которой иногда требуется оперативное удаление трансплантата, оставление сустава без трансплантата на различные сроки и дополнительное оперативное вмешательство; ослабление фиксации трансплантата, которое требует дополнительной операции; хромота вследствие разной длины конечностей, и/или нарушения иннервации мышц конечностей, и/или нарушения функции мышц; а также тромбоземболические осложнения.

При операциях протезирования тазобедренного сустава возможен также вывих,

который потребует дополнительных операций или длительного постельного режима. Эти осложнения встречаются редко.

Настоящим я заявляю, что я информирован/а о трансплантате, которым собираются воспользоваться при операции, но я понимаю, что в процессе операции может возникнуть необходимость изменить вид трансплантата и/или объем операции из-за трудностей фиксации протеза к кости, или из-за качества кости.

Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить ее объем, изменить ее характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни 1999/ORTHO/8151/8154/0091 ט'

больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические



вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но я получил необходимые разъяснения и смысл их мне понятен. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и/или регионарной анестезией и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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 подпись больно	שעה час	תאריך дата
חתימת 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 объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое в достаточном объеме, 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

* Вычеркнуть лишнее и обвести кружком нужное