

טופס הסכמה: תיקון כף רגל קלובה
CORRECTION OF CLUB FOOT

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ИСПРАВЛЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ

Операция при косолапости производится с целью улучшения положения и формы стопы и для восстановления ее нормальной функции.

Операция представляет собой один из этапов лечения. Последующее лечение требует наружной фиксации и проведения дополнительных воздействий для улучшения и сохранения функционального положения стопы.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____
 שם משפחה שם פרטי שם האב .i.n
 фамилия имя имя отца номер паспорта

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

_____ _____
 שם פרטי שם משפחה
 имя фамилия

о необходимости исправления косолапости правой/левой* ноги (в дальнейшем: «основная операция»).

Мне известно, что в некоторых случаях не удастся добиться желаемого результата или он достигается частично, что возможен возврат имевшей место деформации, и в этом случае возникает необходимость в дополнительном лечении, включая повторную операцию.

Я осведомлен/а в том, что в любом случае оперированная нога не будет совершенно такой же, как здоровая. Кроме того, мне объяснено, что процесс восстановления и заживления сопровождается ограничением подвижности конечности и/или необходимостью в использовании вспомогательных средств.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что информирован/а о других возможных способах операции и о преимуществах и недостатках каждого из них.

Я осведомлен/а об ожидаемых побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а информацию о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая может потребовать оперативного вмешательства; расхождение краев раны; повреждение кровеносных сосудов, нервов или костей стопы, для коррекции которых может понадобиться хирургическое вмешательство, в редких случаях подобные повреждения могут потребовать ампутации стопы.

Настоящим я даю свое согласие на выполнения основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции или после ее окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или 1999 ת"ר /ORTHO/SURG/8384/01311
 предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
 האיגוד הישראלי לאורתופדיה
 החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом 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 больного | 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 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 |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

* Лишнее стереть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית