

טופס הסכמה: תיקון ניתוחי במחלת פרטס

LEGG – CALVE – PERTHES

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

LEGG – CALVE – PERTHES

Целью оперативного лечения болезни LEGG – CALVE – PERTHES является уменьшение уже существующих и/или предотвращение развития дальнейших патологических изменений тазобедренного сустава, вызванных настоящим заболеванием. Существуют различные методы оперативных вмешательств, при этом выбор способа операции в каждом конкретном случае производится в соответствии с профессиональными соображениями врача. В некоторых случаях, чтобы добиться желаемого результата, может потребоваться дополнительная/дополнительные операция/и.

Операция проводится под общим наркозом.

Данные больного _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ז.ת.
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 проведения операции _____ на правой/левой/обеих* нижних конечностях (в дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а о том, что после основной операции не всегда достигается желаемый результат, и, возможно, потребуются дополнительное лечение, включая хирургическое вмешательство.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я информирован/а о других возможных в моем случае оперативных методах лечения, о преимуществах и недостатках каждого из них.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно об ожидаемых побочных явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт и ограничение подвижности. В некоторых случаях операция может вызвать укорочение кости и слабость мышц оперированной конечности.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, которая потребует лечения, возможно и оперативного; неполное сращение кости, которое также может потребовать оперативного лечения. В редких случаях во время операции возможно повреждение кровеносного сосуда и/или нерва, что может привести к функциональным нарушениям.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לאורתופדיה

החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית

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