

טופס הסכמה: כריתת גנגליון

EXCISION OF GANGLION

БЛАНК СОГЛАСИЯ: УДАЛЕНИЕ ГАНГЛИЯ

Ганглий – это киста, содержащая вязкую жидкость, которая формируется обычно вокруг сухожилия или сустава верхней конечности. В большинстве случаев причина образования ганглия остается неизвестной. Операция производится для избавления пациента от болей, или удаление ганглия производится в косметических целях.

При операции производится разрез в области ганглия, освобождение ганглия от окружающих тканей, отделение его от суставной сумки или влагалища сухожилия, из которых он обычно исходит, после чего ганглий удаляется. Если во время операции возникнет подозрение на опухолевое заболевание, то оперирующий хирург примет решение о полном удалении этого образования или о взятии на первом этапе биопсии для исследования.

Операция производится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением артериального жгута на оперируемую руку; иногда применяется общий наркоз. При наложении жгута может возникнуть ощущение давления в руке.

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 удаления ганглия правой/левой* руки, в области запястья/кисти*, на ладонной/тыльной* поверхности, с пальца 1/2/3/4/5* (в дальнейшем: «основная операция»).

Я получил/а объяснения относительно желаемых результатов основной операции и высокой вероятности повторного образования ганглия, которое потребует дополнительной операции для его удаления.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о сопутствующих явлениях после основной операции, включая боль, дискомфорт, припухлость и местные кровоизлияния, которые рассасываются самостоятельно.

Кроме того, я осведомлен/а об относительно редко встречающихся опасностях и осложнениях, включая продолжительное кровотечение и инфекцию, которые потребуют лечения. Обычно не возникает необходимости в физиотерапии после операции.

Настоящим я даю свое согласие на проведение 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 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. ט' /ORTHO/HSRG/8221/0095 יולי 1998

Настоящим я даю свое согласие на проведение местной и/или регионарной анестезии в

сочетании с наложением артериального жгута, будучи осведомлен/а об опасностях и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на анестезирующие вещества, а также о возможности развития нервных и/или сосудистых расстройств при регионарной анестезии.

Если будет решено провести основную операцию под общим наркозом, то соответствующие объяснения 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
(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 зачеркнуть