

טופס הסכמה: ניתוח לשחרור "אצבע הדק"

**RELEASE OF TRIGGER FINGER**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОСВОБОЖДЕНИЕ «КУРКОВОГО ПАЛЬЦА»**

«Курковый палец» - результат повреждения сухожилий, сгибающих палец. Причина заболевания часто остается неясной. Целью описываемой операции является освобождение поврежденных сухожилий и обеспечение свободных движений пальца/ев. Операционная рана обычно зашивается, швы снимаются через 10 дней после операции.

Одним из компонентов послеоперационного лечения «куркового пальца» является физиотерапия.

Операция производится под местной или регионарной анестезией в сочетании с наложением жгута на оперируемую конечность с целью временного пережатия артерии, что может вызвать ощущение сдавления в оперируемой руке.

\_\_\_\_\_ данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

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

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости операции по исправлению «куркового пальца» (Release of trigger finger) на правой/левой\* руке на пальце 1/2/3/4/5\* (далее: «Основная операция»).

Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, которые удастся достигнуть у большинства оперируемых больных.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил объяснения в отношении возможных сопутствующих явлений после основной операции, к которым относятся боль, дискомфорт и местные кровоподтеки; последние в дальнейшем самостоятельно рассасываются.

Кроме того, меня информировали о том, какие возможные опасности и осложнения могут быть связаны с проведением основной операции. К ним относятся спайки и ограничение подвижности оперированного пальца, что потребует продолжительной физиотерапии; инфекция в области операции и повреждение нервов, которые обычно проходят самостоятельно, однако могут потребовать повторной операции для их устранения.

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 операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются другие/дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные 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 всего сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, 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/8211/0093 / יולי 1998



Настоящим я также даю согласие на проведение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с пережатием артерии после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных опасностей и осложнений местной анестезии, включая, с одной стороны, аллергические реакции разной степени выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии, с другой – повреждение нервов или сосудов при проведении регионарной анестезии. Если будет принято решение о проведении основной операции под общим наркозом, то я получу соответствующие разъяснения от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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