כללית

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון בקע טבורי
REPAIR OF UMBILICAL HERNIA
Операция по вправлению грыжи пупка

Грыжа пупка обычно является врожденным дефектом, и реже приобретенным. Операция по вправлению грыжи пупка предназначена для устранения сопровождающих грыжу явлений, таких как боль и воспаление, для освобождения ущемления, или для его предотвращения. Операция обычно проводится под общим наркозом. Производится надрез в области пупка. В некоторых случаях для вправления грыжи понадобится сетка- имплант. В некоторых случаях требуется вырезать пупок.

имя пациента/ки: _____ _____ _____ _____
фамилия имя имя отца
паспорт שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора _____ _____
Фамилия имя
שם משפחה שם פרטי רופא/ה:

О потребности в операции по вправлению грыжи пупка. (далее: «данная операция»)

Я подтверждаю здесь получение разъяснений по поводу желаемых результатов и о возможных побочных явлениях после данной операции, включая боль и дискомфорт.

Также я осведомлен/а о возможных риске и осложнениях, включая: инфекцию, кровотечение, и в редких случаях повреждение внутренних органов – что потребует более объемной операции. Также существует возможность повторного появления грыжи, для вправления которой понадобится операция.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной операции.

Я подтверждаю что знаю и понимаю, что втечении операции может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя вточности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласен/а на расширение операции, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной операции.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию, получив информацию о ее возможных осложнениях, включая различной степени аллергическую реакцию на вещества анестезии.

Если для данной операции будет избран общий или региональный наркоз, я получу разъяснения по поводу наркоза от анестезиолога.

Я знаю и согласен/а с тем что операция и все дополнительные процедуры будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, вполностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

_____ _____ _____
подпись пациента/ки время дата
חתימת החולה שם תאריך

_____ _____
имя опекуна (родство) подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)
שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן /ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה* את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

_____ _____ _____ *מחק/י את המיותר
שם הרופא/ה חתימת הרופא/ה מס' רשיון

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים

החברה לניהול סיכונים ברפואה