

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי

FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ

Пункция производится для получения образца ткани или клеток с диагностической целью или для оценки выраженности изменений/степени развития патологического процесса в пораженном органе и степени его распространения.

Для выполнения пункции применяется игла, специально предназначенная для этой цели. Иногда эта процедура производится под контролем, для чего используется диагностическая аппаратура.

С помощью иглы в шприц насасываются клетки/ткань, которые направляются затем для цитологического, патогистологического и/или бактериологического исследования (последнее – только по специальным показаниям). В большинстве случаев пункция представляет собой кратковременную процедуру. В некоторых случаях не удается получить достаточное количество материала для исследования, и тогда приходится прибегать к повторной пункции.

С учетом возраста больного и характера диагностической пункции может возникнуть необходимость в обезболивании.

_____ 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

из _____ (в дальнейшем: «Основное исследование»)

отметить название органа

Мне объяснено, что в процессе исследования могут возникнуть неприятные ощущения и боли в месте укола. Иногда возникает кровоизлияние в месте введения иглы.

Кроме того, меня информировали о том, к каким основным последствиям и осложнениям может привести диагностическая пункция. К ним относятся, в частности, продолжительные боли, инфекция в месте пункции и/или в исследуемом органе; продолжительное кровотечение, которое в некоторых случаях может потребовать госпитализации для врачебного наблюдения. Иногда может / יולי 1999

понадобиться переливание крови или хирургическое вмешательство для остановки кровотечения. В редких случаях в результате пункции могут пострадать соседние органы, и это может потребовать соответствующего лечения. В чрезвычайно редких случаях подобные осложнения могут привести к смертельному исходу.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основного исследования.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного исследования или после его 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.

Исходя из этого, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии

ט /ASPIR/BIOPS/9999/0064 יולי 1999

с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно

важными/необходимыми в процессе основного исследования.

Настоящим я также даю согласие на проведение местной анестезии после того, как мною были получены объяснения в отношении возможных последствий местной анестезии, включая аллергические реакции разного характера и выраженности на препараты, применяемые для местной анестезии. Если будет принято решение о проведении основного исследования под общим наркозом, то разъяснения по этому поводу я получу 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.

תאריך дата	שעה час	חתימת החולה подпись больного
שם אפוסטרופוס (קירבה) фамилия опекуна	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной – лицо, лишенное прав, несовершеннолетний или душевнобольной) (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