

טופס הסכמה: ביצוע ארתרוסקופיה של הברך

ARTHROSCOPY OF THE KNEE

БЛАНК СОГЛАСИЯ: АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Артроскопия коленного сустава производится с целью диагностики и/или хирургического лечения поражений и повреждений коленного сустава на почве травм, заболеваний или дегенеративных процессов. Кроме того, она дает возможность взятия материала для различных лабораторных исследований. С помощью небольших разрезов в коленный сустав вводятся инструменты для осмотра (оптика) и рабочие инструменты, ручные или механические. Количество и расположение разрезов уточняется во время процедуры по мере необходимости и в зависимости от соображений врача, ответственного за ее выполнение. Вмешательство производится обычно под региональной анестезией или общим наркозом, а иногда – под местной анестезией

Данные больного

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ .י.ת. _____
фамилия _____ имя _____ отчество _____ номер паспорта _____

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

שם פרטי _____ שם משפחה _____
имя _____ фамилия _____

**о необходимости выполнения диагностической и/или лечебной артроскопии
правого/левого
коленного сустава***уточнить _____

_____ (в
дальнейшем: «основная операция»).

Я осведомлен/а об альтернативных способах лечения и о шансах на успех основной операции, включая возможность рецидивов первоначального поражения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения в отношении связанных с основной операцией побочных явлений, включая: боль, припухлость, ограничение подвижности и дискомфорт, которые продлятся несколько недель и потребуют покоя и лечения по поводу боли. Кроме того, в большинстве случаев после операции требуется физиотерапевтическое лечение.

Я осведомлен/а также о возможных осложнениях основной операции, включая: инфекцию, повреждение кровеносных сосудов; неврологические нарушения - моторики и/или чувствительности, нарушение чувствительности кожи наружной поверхности голени, симпатическая дистрофия (RSD); тромбоз глубоких вен (DVT), нарушения вследствие закупорки артерий и механические повреждения, например, переломы, разрывы связок или повреждения хирургическими инструментами. Эти осложнения встречаются очень редко. Мне объяснена возможная необходимость проведения дополнительных процедур для коррекции указанных осложнений, при этом нет гарантии того, что не останется постоянных нарушений, не поддающихся исправлению. После оперативной коррекции или восстановления разрыва/ов (таких как ушивание мениска, сшивание или восстановление крестовидных связок)



может/могут образоваться повторный/ые разрыв/ы, что потребует дополнительного хирургического лечения. Мне объяснено, что вероятность осложнений и неудачного исхода операции тем выше, чем продолжительнее процесс реабилитации и заживления и чем сложнее хирургическое вмешательство. Я осведомлен/а о том, что может возникнуть необходимость в расширении объема хирургического вмешательства и проведении артротомии (вскрытие коленного сустава с помощью большего разреза) с целью корректирующего лечения, которое невозможно провести путем артроскопии, и/или для лечения описанных выше осложнений. Мне понятно, что невозможно предвидеть заранее возможную необходимость расширения объема оперативного вмешательства и проведения дополнительных процедур.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение основной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне объяснено и я понял/а, что существует вероятность того, что в процессе выполнения основной операции может выясниться необходимость расширения ее объема

изменения её характера или предпринятия других или дополнительных действий для спасения жизни или предотвращения ущерба здоровью, включая дополнительные хирургические вмешательства, которые невозможно достоверно и во всей полноте предвидеть заранее. С учетом сказанного, я даю согласие на указанное расширение объема, изменение характера основной операции или на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения будут жизненно важными или необходимыми в процессе выполнения основной операции.

Мое согласие относится также к выполнению местной анестезии, после того, как я был осведомлен/а о возможном риске и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на анестезирующие препараты. Если будет принято решение о проведении основной операции под общим наркозом или региональной анестезией, мне будут даны соответствующие объяснения врачом анестезиологом.

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. Лицом, ответственным за операцию будет*

שם הרופא/ה

имя и фамилия врача

חתימת החולה

дата

תאריך

время

שעה

подпись больного

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס (קירבה)

подпись опекуна (в случае недееспособности, несовершеннолетия или душевного заболевания) имя и фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного 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

подпись врача

חתימת הרופא/ה

номер лицензии

שם הרופא/ה

имя и фамилия врача