Герцлия
Медикал
Центр

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט

Transesophageal Echocardiogram (TEE)

Чреспищеводная эхокардиография (TEE)

При этом обследовании изучаются строение и функция сердца с помощью ультразвуковых волн (УЗВ). Чтобы получить более детальное изображение сердца (чем при обычной эхокардиографии), в желудок через пищевод вводится эластичная трубка диаметром около 1 см (эндоскоп), на конце которой находится излучатель. Исследование производится после местного обезболивания глотки с помощью распылителя, которое обычно дополняется частичным общим обезболиванием путем внутривенного введения успокаивающих препаратов. Исследование производится в положении лежа на левом боку, продолжительность исследования составляет обычно 10-20 минут.

Данные больного _____ _____ _____ _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

фамилия имя отчество номер удостоверения личности

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

שם פרטי שם משפחה

фамилия имя

о процессе выполнения чреспищеводной эхокардиографии (в дальнейшем: «основное обследование»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах основного обследования, включая: тошноту, преходящий кашель, или легкую боль в горле после обследования.

Кроме того, я получил/а объяснения по поводу возможного, хотя и чрезвычайно редкого риска кровотечения или разрыва пищевода, в основном у больных с сужением пищевода и/или с расстройствами глотания. В подобных случаях может возникнуть необходимость в операции по поводу осложнений. В еще более редких случаях это осложнение может привести к смерти.

При проведении исследования могут пострадать шатающиеся или кариозные зубы. Настоящим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.

Я даю согласие также и на выполнение местной анестезии с помощью распылителя и частичного общего обезболивания путем внутривенного введения успокаивающих препаратов после того, что я получил/а объяснения о том, что успокаивающие препараты могут вызвать нарушения дыхания, в основном у больных с тяжелыми заболеваниями легких. Кроме того, мне объяснили, что в состоянии частичного общего обезболивания возможно попадание желудочного содержимого в легкие, в основном у больных, обследуемых не натощак.

Герцлия
Медикал
Центр

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное обследование и все другие процедуры 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

* Вычеркнуть лишнее