Герцлия
Медикал
Центр

טופס הסכמה: ניתוח להחלפה של מפרק הירך או הברך
TOTAL HIP/KNEE REPLACEMENT
Бланк согласия: Операция замены тазобедренного или коленного сустава

Замена тазобедренного или коленного сустава искусственным трансплантатом производится в случаях тяжелого поражения тканей сустава в силу различных причин. В процессе операции суставные поверхности заменяются трансплантатом, изготовленным из пластмасс, керамических и металлических материалов. Операция производится под общим наркозом и/или регионарной анестезией.

Данные больного _____ _____ _____ _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
фамилия	имя	отчество	номер уд. личн.

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

_____ _____

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о характере моего заболевания и необходимости выполнения операции по замене коленного/тазобедренного* сустава с правой/левой* стороны.

Вид трансплантата _____
(далее: «Основная операция»).

Мне известно, что продолжительность жизни искусственного сустава ограничена, и может возникнуть необходимость в повторных операциях в будущем.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных послеоперационных эффектах основной операции, включая: боль, дискомфорт и ограничение подвижности.

Кроме того, я поставлен/а в известность о возможных опасностях и осложнениях, включая: инфекцию, при которой иногда требуется оперативное удаление трансплантата, оставление сустава без трансплантата на различные сроки и дополнительное оперативное вмешательство; ослабление фиксации трансплантата, которое требует дополнительной операции; хромота вследствие разной длины конечностей, и/или нарушения иннервации мышц конечностей, и/или нарушения функции мышц; а также тромбоэмболические осложнения.
При операциях протезирования тазобедренного сустава возможен также вывих,
который потребует дополнительных операций или длительного постельного режима. Эти осложнения встречаются редко.
Настоящим я заявляю, что я информирован/а о трансплантате, которым собираются воспользоваться при операции, но я понимаю, что в процессе операции может возникнуть необходимость изменить вид трансплантата и/или объем операции из-за трудностей фиксации протеза к кости, или из-за качества кости.
Настоящим я даю согласие на выполнение основной операции.
Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основной операции может выясниться, что необходимо расширить ее объем , изменить ее характер или предпринять другие или дополнительные действия для спасения жизни

Герцлия
Медикал
Центр

больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные хирургические вмешательства. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но я получил необходимые разъячнения и смысл их мне понятен. .С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера

основной операции, равно как и 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 основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и/или регионарной анестезией и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

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.

_____	_____	_____
חתימת החולה подпись больно	שעה час	תאריך дата

_____	_____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недее-способен, несовершеннолетний или душевнобольной)	שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое в достаточном объеме, 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 и обвести кружком нужное