

טופס הסכמה: תיקון היצרות/חסיומה או מפרצת הוותין הבטני

REPAIR OF ANEURYSM OR STENOSIS/OCCLUSION OF THE ABDOMINAL AORTA

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУЖЕНИЯ/ЗАКУПОРКИ ИЛИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Оперативное лечение расширения (аневризмы) или сужения/закупорки брюшной аорты заключается обычно в замене расширенной или суженной части сосуда синтетическим трансплантатом. Операция производится через разрез на животе или через комбинированный разрез на животе и на грудной клетке. В некоторых случаях необходимы дополнительные разрезы в паховых областях с целью присоединения «штанов» трансплантата к главной артерии/главным артериям нижней конечности/нижних конечностей. Сразу же после комбинированной операции больной/больная обычно нуждается в искусственном дыхании и интенсивной терапии, для чего он/она помещается в специальное отделение (интенсивной терапии или реабилитации).

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ל.ד.
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 проведения операции

вид операции	סוג הניתוח
--------------	------------

(далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известно о других возможных для меня методах лечения, о шансах на успех и опасностях, связанных с каждым из этих методов.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, процессе выздоровления после нее и о сопутствующих ей явлениях, включая боль и дискомфорт.

Кроме того, я получил/а информацию о возможных осложнениях операции, включая: кровотечение, инфекцию, скопление крови или сыворотки, что иногда требует дренажа; в редких случаях возможны инфекция или закупорка трансплантата, которые потребуют повторной операции.

Кроме того, я получил/а информацию о возможности серьезных осложнений операции, включая: инфаркт миокарда, инсульт, нарушение кровоснабжения таких жизненно важных органов как почки, кишечник, поджелудочная железа и спинной мозг (поражение последнего может вызвать паралич нижней части тела). Нарушение кровоснабжения нижних конечностей вследствие закупорки сосудов в редких случаях может потребовать ампутации конечности. У мужчин возможно осложнение в виде нарушения половой функции вследствие недостаточного кровоснабжения или развития неврологических расстройств. Частота серьезных осложнений и

связанной с ними смертности колеблются в пределах 3-5%.

Я осведомлен/а о том, что кроме описанных возможны и поздние осложнения, которые встречаются относительно редко. К ним относятся аневризма или сужение в месте/местах анастомоза (стыковки). Лечение их требует дополнительной операции.

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 или после ее 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. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические

вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция производится под общим наркозом, и что соответствующие разъяснения по этому поводу я получаю 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	הע	תאריך
час	дата	подпись больного

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	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 убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном настоящий бланк согласия после того, как я объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее стереть