

סופו הסכמה לביצוע פעולה אנדוסקופית СОГЛАСИЕ ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖКТ

Эндоскоп представляет собой гибкую трубку, внутри которой проходят фибро-оптические волокна, с помощью которых можно проводить осмотр, и каналы, через которые можно вводить аппаратуру для забора биопсии, удаления полипов, прижигания кровоточащих участков и лечения варикозных вен.

Длина эндоскопа -1,2-1,8 метра, диаметр -1 см. С помощью эндоскопа можно произвести исследование верхних и нижних отделов ЖКТ. Обычно перед проведением исследования пациенту проводится премедикация - дача успокоительных препаратов и/или местная анестезия,- с целью предотвращения ощущения дискомфорта, имеющего место в процессе исследования. Во время проведения эндоскопического исследования пациент лежит на левом боку. При исследовании верхних отделов ЖКТ (эзофагоскопия, гастроскопия) эндоскоп вводится через рот. При исследовании нижних отделов ЖКТ (сигмоидоскопия, колоноскопия) эндоскоп вводится через задний проход. В процессе исследования через эндоскоп вводится необходимый инструментарий, в соответствии со специфической процедурой. Продолжительность процедуры составляет обычно от 15 мин. до 1 часа. В процессе исследования отмечается чувство дискомфорта и вздутия живота.

Ф.И.О.

дата рождения

возраст

касательно необходимости проведения диагностической и/или лечебной

касательно необходимости проведения диагностической и/или лечебной

вид (виды) процедур/ы

включая биопсию, удаление полипов, прижигание кровоточащих участков и лечение варикозных вен *. Детализировать в случае проведения других видов лечения

название процедуры

Мне было разъяснено о существовании диагностических альтернативных методов, их преимуществах и недостатках, побочных проявлениях и возможных осложнениях. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне были разъяснены побочные проявления основной процедуры, в частности: боли, дискомфорт и чувство вздутия живота. Мне также были разъяснены возможные осложнения, в частности: кровотечения или разрыв стенки ЖКТ, что может в некоторых случаях потребовать хирургической коррекции. При исследовании верхних отделов ЖКТ могут быть повреждены зубы в результате введения аппарата через рот. Вышеописанные осложнения не являются распространенными. Настоящим я даю свое согласие на проведение основной процедуры.

סופס הסכמה לביצוע פעולה אנדוסקופית СОГЛАСИЕ ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖКТ

Я также заявляю и подтверждаю, что мне было разъяснено, и я понимаю, что во время проведения основной процедуры или сразу же после нее может возникнуть необходимость в расширении ее объема, изменении ее сущности или принятии других или дополнительных мер по жизненным показаниям или во избежание физического ущерба, включая хирургическое вмешательство, которые невозможно с достоверностью или в полной степени предвидеть на данном этапе, однако значимость которых была мне соответственно разъяснена. Поэтому я даю свое согласие на проведение такого расширения, изменения или осуществление других или дополнительных мероприятий, включая хирургические, которые врачи больницы сочтут показанными или необходимыми в процессе проведения основной процедуры или сразу же после нее. Я также даю свое согласие на введение успокоительных препаратов и проведение местной анестезии, после того, как мне было разъяснено, что использование успокоительных препаратов может, в редких случаях, вызвать нарушение дыхания и работы сердца, - в основном при наличии у пациента сердечных или дыхательных заболеваний, а также возможного риска развития аллергической реакции разной степени выраженности на введение наркоза. Я осведомлен/а и согласен/а, что соответствующее лечение и все другие мероприятия будут выполняться лицом, ответственным за это по штатному расписанию и регламенту больницы, и мне не было дано никаких обещаний о том, что какая-либо или все процедуры будут производиться, частично или полностью, определенным лицом, при условии, что все выполняется под ответственность больницы, в соответствии с Законом. Настоящим я обязуюсь заплатить любые суммы, которые я буду должен вам, согласно расценкам, действующим в больнице в момент оплаты, плюс НДС (налог на добавочную стоимость), в случаях, оговоренных в Законе, - * соответствии с представленными мне счетами. Настоящим подтверждается, что на больницу не будет возложено никакой ответственности за личные вещи, деньги, драгоценности или другие ценности.

תאריך	שעה	זמן	שם המטופל	подпись пациента/ки
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה)	שם האפוטרופוס (קרבה)	שם האפוטרופוס (קרבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה)	подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего, душевнобольного)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/לאפוטרופוס של החולה * את האמור לעיל בפרוט הדרוש וכי הוא / היא חתמ/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימת הרופא	מספר רשיון
----------	-------------	------------