

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 2000 /VASUR/3842/3812/0049 יולי 2000

טופס הסכמה: ניתוח בעורק התרדמה

INTERNAL CAROTID ENDARTERECTOMY OR BYPASS БЛАНК СОГЛАСИЯ: ОПЕРАЦИЯ НА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Сужение внутренней сонной артерии представляет собой фактор риска развития инсульта. Операция на внутренней сонной артерии (удаление ее внутренней выстилки или шунтирование) проводится с целью снижения риска возможного инсульта. Степень риска развития инсульта повышается пропорционально степени сужения внутренней сонной артерии. При сужении просвета артерии на 70% и более хирургическое вмешательство на внутренней сонной артерии имеет преимущество перед консервативным лечением в отношении снижения риска инсульта.

Проведение операции на внутренней сонной артерии сопряжено с определенным риском, который зависит, в частности, от степени сужения внутренней сонной артерии на противоположной стороне, от выраженности уже наступивших в результате сужения патологических изменений и от сопутствующих заболеваний, причем, главным образом, от заболеваний сердца.

Операция производится под общим наркозом или с использованием регионарного нервного блока.

_____ данные больного
שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.
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 на внутренней сонной артерии (Internal carotid endarterectomy or bypass) (далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне даны объяснения о желаемых результатах операции и о том, что существует риск повторного сужения внутренней сонной артерии у 10-15% оперированных больных, причем эта повторная закупорка может наступить через месяцы и годы после операции. При этом в некоторых случаях требуется повторная операция.

Я осведомлен/а о побочных явлениях основной операции, включая боль и дискомфорт.

Мне известно, что имеется вероятность осложнений, включая кровотечение, инфекцию и повреждение нервов, иннервирующих язык, угол рта и голосовые связки.

Я получил/а информацию о риске развития инсульта и/или инфаркта миокарда во время основной операции или после нее. Вероятность указанных / ירלי / серьезных осложнений составляет около 3%. Повышение степени риска может быть связано с состоянием внутренней сонной артерии на противоположной стороне и наличием других заболеваний.

Настоящим я даю свое согласие на проведение 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 операции и/или изменить ее характер; возможно, потребуются другие/дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и дополнительные 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 всего сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, 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



המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט VASUR/3842/3812/0049 / יולי 2000
процессе основной операции.

Я знаю, что основная операция производится под общим наркозом или под обезболиванием по методу регионарного нервного блока, соответствующую информацию об этом я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование 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.

תאריך дата	שעה час	חתימת החולה подпись больного
שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)		חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)

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
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Лишнее стереть

