

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0254/3850/0000/VASUR / נובמבר 2004

טופס הסכמה: ניתוח ורידים דליתיים בגפיים התחתונות

OPERATION FOR VARICOSE VEINS OF THE LEGS

Бланк согласия: Операция на варикозных венах нижних конечностей

Расширение (варикоз) вен нижних конечностей является признаком поражения поверхностной венозной системы на фоне недостаточности венозных клапанов и/или патологии венозных стенок. При расширении системы поверхностных вен ноги могут выглядеть неэстетично; возможны чувство тяжести в ногах, отеки на ногах, воспаление вен, изменение цвета кожи ног и образование хронических язв.

Во время операции удаляется основная вена поверхностной системы во всю ее длину /или расширенные отрезки вены на протяжении конечности с целью уменьшения признаков и симптомов, вызываемых расширением венозной системы. Существует вероятность, что основная вена поверхностной системы удаляться не будет.

Операция проводится под общим наркозом, регионарной или местной анестезией.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .י.ת.
фамилия имя отчество номер уд. личн.

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

שם פרטי שם משפחה
имя фамилия

об операции на варикозных венах _____
вид операции

на правой/левой* ноге/обеих ногах* (далее: «Основная операция»).

Мне объяснено, что не всегда можно удалить все варикозные узлы, что не все варикозные расширения исчезнут после операции, и что существует относительно высокая вероятность появления со временем новых и дополнительных узлов.

Мне объяснено, что в любом случае останутся рубцы на месте разрезов. Форма и цвет рубцов зависят от свойств кожи и ее способности к заживлению; в некоторых случаях при заживлении образуются избыточные рубцы и/или келоидные рубцы (выступающие над поверхностью кожи).

Настоящим я заявляю и утверждаю, что мне известно о побочных эффектах

основной операции, включая: боль, дискомфорт, подкожные кровоизлияния, которые могут быть распространенными. Иногда появляется сеть тонких вен в области удаленных узлов.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных осложнениях, включая: инфекцию и кровотечение; неврологические нарушения, которые проявляются пониженной или повышенной чувствительностью и/или болями. Частота нарушения чувствительности увеличивается пропорционально длине удаленного участка основной вены. Иногда неврологические расстройства могут остаться постоянными и требовать соответствующего лечения. Кроме того, существует вероятность развития лимфатического отека в области лодыжки, который в редких случаях может стать постоянным. В дополнение к этому, существует редкая вероятность повреждения больших вен и/или артерий верхнего отдела бедра, что потребует немедленного вмешательства. Изредка возможно развитие воспаления глубоких вен, что потребует соответствующего лечения.



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' /VASUR/0000/3850/0254 /נובמבר 2004

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

Я согласен/на с тем, что основная операция будет произведена под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен об опасностях и возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно, что основная операция обычно производится под общим наркозом 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. Ответственным за операцию будет _____

שם הרופא

фамилия врача

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 объяснил/а устно больному/опекуну больного* все вышесказанное и необходимое достаточно подробно, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения понятны в полном объеме.

מס' רישיון
номер лицензии

חתימת הרופא/ה
подпись врача

שם הרופא/ה
фамилия врача

* Лишнее вычеркнуть



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגית כלי-דם (וסקולרית)