טופס הסכמה לניתוח אנדוסקופי של הסינוסים

Бланк согласия на эндоскопическую хирургию околоносовых пазух

מדבקה גדולה

ESS / FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS)

Хирургическая эндоскопическая операция околоносовых пазух проводится в основном по причине повторяющихся синуситов, хронических синуситов, не реагирующих на медикаментозное лечение, полипов в носу и околоносовых пазухах, лечение которых консервативными методами неэффективно. Иногда операция выполняется по причине наличия опухолей, кист, инородных тел или грибка. Цель операции - избавление от болезни и улучшение дренажа и вентиляции околоносовых пазух пациентов. Решение об объеме операции будет приниматься в ходе операции на основании клинических и рентгенологических данных.

Операция выполняется через нос, без внешних разрезов, с помощью эндоскопа - оптического прибора, позволяющего хирургу увидеть оперируемую область вблизи и с увеличением . После операции хирург может оставить в носу тампоны, доставляющие некоторый дискомфорт.

Иногда данную операцию необходимо также совместить с операцией по коррекции искривления носовой перегородки и/или резекции / уменьшению носовых раковин.

Операция проводится при полной или местной анестезии.

Имя пациента: (שם מטופל/ת) _____ _____ _____ _____
שם משפחה / Фамилия שם פרטי / Имя שם האב / Отчество ת.ז. / Номер уд. личности

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ד"ר) _____ _____
שם משפחה / Фамилия שם פרטי / Имя

устным образом предоставил мне подробное объяснение о необходимости операции околоносовых пазух с (עם) / без (בלי)* коррекции носовой перегородки, с (עם) / без (בלי)* операции на носовых раковинах, на (בצד) _____ стороне по причине (בשל)

_____ (далее: основная операция).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных вариантах лечения в данном случае, а также о побочных эффектах, рисках и осложнениях, связанных с этими вариантами лечения.

Мне было объяснено, что бывают случаи, когда требуется повторная операция вследствие рецидива заболевания, хронических выделений или если не будет достигнут удовлетворительный функциональный результат. Изначально может быть запланировано более одной операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах основной операции, в том числе: боль и дискомфорт.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях основной операции, в том числе: кровотечение; инфекция в области операции; рубцевание и сращение слизистых носа или околоносовых пазух вплоть до необходимости в повторной операции; повреждение обонятельной функции; сухость в носу; повреждение глазницы; от легких осложнений, таких как легкая гематома или воздух в веках до, в редких случаях, повреждений слезных путей, повреждения оболочек мозга с истечением мозговой жидкости

מדבקה גדולה

или воспаление мозговой оболочки; в очень редких случаях - внутримозговое повреждение. В редких случаях некоторые осложнения могут заканчиваться смертельным исходом.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной операции выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможно предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - с внутривенным введением седативных препаратов или без него - после того, как мне были разъяснены возможные риски и осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии, а также возможные осложнения при использовании седативных препаратов, которое в редких случаях может приводить к расстройствам дыхания и расстройствам сердечной деятельности, в основном у пациентов с заболеваниями сердца и расстройствами дыхательной системы.

Мне было объяснено, что в случае, если операция будет проводиться под общей анестезией, объяснение об анестезии будет дано мне анестезиологом.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная операция и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом; и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком.

Я, нижеподписавшийся, знаю, что во время моей выписки врача, который проведет операцию, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

Дата / תאריך	Время / שעה	Подпись пациента / חתימת המטופל/ת
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)	

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופוס של המטופל/ת)* приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что он/а поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

Имя врача / שם הרופא/ה	Подпись / חתימה	Номер лицензии / מספר רישיון

*Ненужное зачеркнуть (*מחק/י את המיותר)

HOSPITAL Assuta RAISING HEALTH STANDARDS