

טופס הסכמה לניתוח להחדרת צינוריות אורור לאוזניים ("כפתורים")

**Бланк согласия на
операцию по установке
вентиляционных трубок в
ушах (шунтов)**

מדבקה גדולה

**INTRODUCTION OF VENTILATING TUBES
(VT)**

Во время операции выполняется разрез в барабанной перепонке и в него вставляется маленькая полая трубочка (ок. 2 мм) с «крылышками», которые фиксируют ее, не позволяя ей выпасть.

Медицинские показания к установке шунтов в барабанную перепонку: скопление жидкости в ушах в течение продолжительного периода времени; многочисленные хронические отиты среднего уха; ситуация, когда барабанная перепонка неэластичная и втягивается в ухо - по причине отрицательного давления и вакуума в полости среднего уха; особые случаи, требующие введения лекарств в среднее ухо; лечение в барокамере.

Цели операции: улучшить слух, предотвратить или, по меньшей мере, снизить частоту воспалений среднего уха и предотвратить осложнения в будущем.

Операция проводится при полной анестезии (у детей) или при местной анестезии (у некоторых взрослых). Процедура проводится под микроскопом; выполняется разрез барабанной перепонки, после чего из уха жидкость отсасывается и устанавливается трубка.

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

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

устным образом предоставил мне подробное объяснение

о необходимости операции по установке вентиляционной/ых трубки/ок (шунтов) с правой (ימין) / левой стороны (שמאל) / с обеих сторон (ש"ד)* 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 скопления жидкости в ушах или преждевременного выпадения трубочки, или неудачи в установке трубочки. В большинстве случаев трубочка из барабанной перепонки выпадает сама в течение периода от двух месяцев до двух лет, но иногда для ее удаления может потребоваться дополнительное действие.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах основной операции, в том числе: легкое кровотечение из ушей, гнойные выделения из уха через шунт из-за попадания воды в ухо снаружи или вследствие охлаждения и воспаления среднего уха, когда дренаж жидкости осуществляется через шунт.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях основной операции, в том числе: отверстие в барабанной перепонке, не зарастающее после того, как трубочка выпала, с необходимостью в операции в будущем для закрытия отверстия;

מדבקה גדולה

закупорка трубочки выделениями или сгустком крови; рубцевание барабанной перепонки. Крайне редкие осложнения: тиннитус (шум в ухе), нарушение вкусовых ощущений, повреждение лицевого нерва, повреждение крупного сосуда в ухе, холестеатома.

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 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/аяся, знаю, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

תאריך / Дата	שעה / Время	חתימת המטופל/ת / Подпись пациента
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופוס (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неспособного, 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 בפירוש וברור כי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה / Имя врача	חתימה / Подпись	נומבר רישיון / Номер лицензии
------------------------	-----------------	-------------------------------

*Ненужное зачеркнуть (מחקקי את המיותר)