

מדבקת המטופל

טופס הסכמה: ניתוח פתיחה בטן חוקרת
EXPLORATORY LAPAROTOMY

БЛАНК СОГЛАСИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ/ПРОБНОЕ ВСКРЫТИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Диагностическое вскрытие брюшной полости предназначено для диагностики и лечения острых состояний и неотложных случаев, требующих лечения, когда клиническая картина неясна и она не позволяет поставить точный диагноз и выбрать другой способ лечения.

данные больного

.ל.ג. номер паспорта	שם האב имя отца	שם פרטי имя	שם משפחה фамилия
-------------------------	--------------------	----------------	---------------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора

שם פרטי имя	שם משפחה фамилия
----------------	---------------------

о необходимости диагностического вскрытия брюшной полости в связи с подозрением на
(далее: «Основная операция»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции, а именно: установление диагноза заболевания и/или коррекция повреждений и/или лечение патологического процесса. Мне объяснено, что лечение может заключаться в частичном или полном удалении пораженных органов. Мне известно также, что может возникнуть необходимость в дополнительной операции для завершения лечения. Я осведомлен/а о том, что в ходе основной операции может быть установлен факт отсутствия хирургических заболеваний органов брюшной полости, и тогда не будут проводиться какие-либо хирургические действия. Мне разъяснили, что, возможно, основная операция не сможет разрешить полностью или частично существующую медицинскую проблему. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я информирован/а о побочных явлениях основной операции, включая боль и дискомфорт. Кроме того, мне известно, что в большинстве случаев при операциях подобного рода производится расширенный хирургический разрез, позволяющий обследовать всю брюшную полость, выявить патологию брюшных органов и провести соответствующее лечение. Я осведомлен/а кроме того, об опасностях и осложнениях, связанных с проведением основной операции, к которым относятся инфекция, кровотечение, повреждение органов живота, непроходимость кишечника и грыжи в области послеоперационного рубца. Помимо того, возможны осложнения в результате тех дополнительных хирургических вмешательств, необходимость в которых выяснится лишь после вскрытия брюшной полости. Возможно также развитие осложнений, которые могут иметь место при всяком обширном хирургическом вмешательстве. В результате этих осложнений могут возникнуть системные поражения жизненно важных органов, что может привести к летальному исходу.

Настоящим я даю 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 вышеизложенного 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 процессе основной операции.

Мне известно, что основная операция будет произведена под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно, что переливание крови или ее компонентов таких как, эритроцитарный концентрат, свежая плазма, тромбоцитарный концентрат и криопреципитат проводится нуждающемуся в этом пациенту путем внутривенного вливания во время операции или другой медицинской процедуры, при анемии или при дефиците одного из компонентов крови. Переливание крови или её компонентов предназначено для спасения

מדבקת המטופל

жизни, повышения шансов на выздоровление и излечение больного. Кровь и\или ее компоненты, предназначенные для переливания, тщательно отбираются и проверяются в соответствии с положениями министерства здравоохранения. Также, проверяется совместимость переливаемой крови с организмом реципиента.

Тем не менее, существует очень незначительный риск несовместимости крови и\или её компонентов с организмом пациента, в результате чего может появиться аллергическая реакция в виде высокой температуры, сыпи или озноба. Данные реакции можно успешно устранить. Очень редко может проявляться гемолитическая реакция (разрушение эритроцитов), которая в крайних случаях может нарушить функции почек и даже привести к летальному исходу.

Кроме того, несмотря на то, что подготовка и проверка доз крови и её компонентов в банке крови производится самыми современными методами выявления возможных инфекций, существует незначительный риск проникновения инфекции в организм пациента. Такая инфекция может не выявиться на протяжении нескольких месяцев или лет. Риск заражения вирусным гепатитом и\или вирусом иммунодефицита таким путём существует, но он крайне незначителен.

Однако, риск, связанный с дефицитом крови и\или ее компонентов во время операции или медицинской процедуры, значительно выше риска, связанного с получением донорской крови и\или ее компонентов. Риск, связанный с неполучением крови или её компонентов, включает в себя увеличение периода пребывания в стационаре, отрицательные результаты в лечении, осложнения, а в некоторых случаях даже летальный исход. Ввиду вышеизложенного я согласен(сна) на переливание крови в случае, если оно потребуется в связи с моим медицинским состоянием.

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.

חתימת המטופל подпись больного	שעה час	תאריך дата
----------------------------------	------------	---------------

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больной недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной)	שם אפוטרופוס (קריבת) фамилия опекуна способен, (степень родства)
--	--

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.

מספר רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача
-------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

* Лишнее стереть__

תאריך תרגום: 19.12.19
תרגום לטופס של המכון לאיכות רפואי: 01.2019, גרסה 1-9051-6-2019