



טופס הסכמתה להסרת נגע בעור

Бланк согласия на удаление новообразования на коже REMOVAL OF CUTANEOUS LESION

Удаление новообразования с кожи или подкожной ткани выполняется в целях диагностики, лечения, для улучшения внешнего вида или из соображений комфорта. Образования на коже могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Выбор метода удаления очага зависит от его размера, формы его основания, его внешнего вида и местоположения на теле, а также от того, существует ли подозрение на злокачественность. В любом случае после удаления образования на коже останется шрам.

Принятые методы удаления новообразования на коже: хирургическое удаление с быстрым гистологическим исследованием или без него, удаление образования по методу Мюса (Mohs), а также другие методы: соскоб и прижигание электроиглой, прижигание лазером, замораживание жидким азотом или облучение. Метод удаления новообразования выбирается в соответствии с видом очага и общепринятыми показаниями.

В случае хирургического удаления на объем удаления будут влиять вышеперечисленные свойства образования. В таких случаях края раны сближают и зашивают (первичное зашивание). В случае, если объем удаленной ткани слишком велик, и рану невозможно зашить таким образом, реконструкция будет выполнена при помощи сдвигания кожи прилегающего участка (лоскут) или при пересадке кожи, взятой с другого участка (имплантат). Площадь шрама, который останется после удаления, может в три раза превышать площадь основания очага в случае первичного зашивания. В случае реконструкции с помощью лоскута или имплантата площадь шрама может быть еще больше. Швы снимаются, как правило, не позже, чем через две недели после удаления в соответствии с участком, где оно было выполнено. В случаях, когда края операционной раны не зашиваются, открытая рана заживает, как правило, в течение нескольких недель. Форма шрама зависит от области, где было выполнено удаление, от структуры кожи и от индивидуальной реакции пациента на лечение ран.

Обычно удаление новообразования проводится при местной анестезии, а в самых редких случаях - при регионарной или общей анестезии. В некоторых случаях, в зависимости от гистологического ответа, возникает необходимость в повторном удалении области новообразования.

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

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах, иными словами, об удалении новообразования полностью или большей его части, а также о форме шрама. Мне было дано объяснение о стандартных методах лечения и о вариантах удаления очага, а также о шансах и рисках, связанных с каждым из этих методов лечения, с необходимыми для них проверками и процессами, и о том, насколько они подходят для данного новообразования. Кроме того, мне было объяснено о преимуществах избранного метода удаления новообразования по сравнению с другими возможными вариантами.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах после основной процедуры, в том числе: покраснение, отек, боль и дискомфорт. Мне было разъяснено, что в любом случае на месте удаления новообразования останется шрам. Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях в ходе основной процедуры и после нее, в том числе: местное кровотечение, местная инфекция, расхождение швов, не прижившийся кожный лоскут или имплантат, выступающий над уровнем кожи шрам, изменения пигментации и поражение периферических нервов. Эти осложнения встречаются не часто.

Подпись пациента / חותמת המטופל / ת.:



Я даю свое согласие на проведение данной основной процедуры.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе аллергические реакции разной степени выраженности на различные препараты анестезии, а также поражение нервов и/или сосудов при регионарной анестезии. Если будет решено провести основную процедуру при общей анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основное лечение 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 / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, 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.

Имя пациента: _____ שם המטופל/ת (שם המשפחה / שם פרטי / שם отчество / שם уд. личности / т.л)

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (ד"ר) _____ שם המשפחה / שם פרטי / שם отчество

об удалении новообразования в области _____
Отметьте местоположение новообразования ציון את אזור הנגע / ציון את השיטה /

по методу _____ (далее: основная процедура).
Отметьте метод удаления ציון את השיטה /

_____>Data / תאריך _____Time / שעה _____Signature / חתימת המטופל/ת

Имя опекуна (степень родства) /
שם האפוטרופו (קרבה) _____ Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или
חתימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) /

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) /опекуну пациента/ки (למטופל/ת) приведенную выше информацию с необходимыми подробностями, 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 לאפוטרופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירות הדرسות וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריו במלואם.

_____Name of doctor / שם הרופא/ה _____Signature / חתימה _____License number / מס' רישיון /

*Ненужное зачеркнуть (מחק/י את המיתר)