

Бланк согласия: Лечение трещины заднего прохода REPAIR OF ANAL FISSURE

Целью лечения является уменьшение силы сжатия сфинктеров заднего прохода для облегчения болей и создания условий для заживления трещины/раны слизистой оболочки заднего прохода. Можно уменьшить силу сжатия двумя способами: первый – ручное расширение мышцы сфинктера заднего прохода, и второй – разрез (во время операции) наружной мышцы сфинктера. Решение о выборе способа лечения принимается в соответствии с соображениями врача и имеющимися данными.

Лечение выполняется обычно под общим наркозом или регионарной анестезией и иногда - под местной анестезией.

Имя пациента (שם המטופל/ת):

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

Отчество / שם האב

Номер уд. личности / .ת.ל

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

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

об операции/лечении трещины заднего прохода – LATERAL SPHINCTEROTOMY/ ANAL DILATATION/другое* уточнить _____
(далее: «Основное лечение»).

Я информирован/а об альтернативных способах лечения, их преимуществах, недостатках и их соответствии моему состоянию.

Мне объяснено также, что нет полной гарантии разрешения проблемы при основном лечении, и что иногда возникает необходимость в дополнительном лечении.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я осведомлен/а о побочных эффектах, связанных с основным лечением, включая: боль, дискомфорт и запоры.

Кроме того, я информирован/а о возможных опасностях и осложнениях, включая: кровотечение, инфекцию вплоть до образования абсцесса, возможность образования свища (фистулы), что требует иногда дополнительной операции. Кроме того, существует опасность повреждения сфинктеров заднего прохода, что может привести к недержанию газов и к загрязнению нижнего белья слизью/калом, вплоть до полного недержания при естественных испражнениях. Большинство этих

проявлений склонны проходить в течение двух месяцев самостоятельно, либо после выполнения упражнений по укреплению мышц заднего прохода и тазового дна. В редких случаях поражение сфинктеров остается постоянным.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения может выясниться необходимость расширить объем вмешательства и/или изменить его характер или предпринять другие хирургические действия, или действия, отличающиеся от запланированных. Все это невозможно предвидеть сейчас с уверенностью и полнотой, но это выяснится, в том числе, и на основе данных, которые будут выявлены при обследовании под обезболиванием (в основном в тех случаях, когда невозможно было произвести соответствующую проверку до операции из-за болей в заднем проходе). Поэтому



я даю согласие на расширение объема и изменение характера основного лечения, 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 основного лечения.
Мне известно, что основное лечение будет произведено под регионарной анестезией или под общим наркозом и что соответствующие разъяснения я получу от врача-анестезиолога.

Я согласен/на на то, что основное лечение будет произведено под местной анестезией в случае, если будет принято соответствующее решение, будучи осведомлен о возможных осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестезирующие препараты.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная процедура 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.

Дата / תאריך	Время / שעה	Подпись пациента / 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 חוליה נפש) /	
Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (لمטופל/ת) опекуну пациента/ки (לאפוטרופו) 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 לאפוטרופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששמענו/ה כי הבין/ה את הסבר במלואם.		

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

*Ненужное зачеркнуть / מחק/י את המיותר *