



טופס הסכמה לניתוח  
لتיקון "פתוח" של בקע מפשעתית

БЛАНК СОГЛАСИЯ НА  
ОПЕРАЦИЮ ЛЕВО-/  
ПРАВО - / ДВУСТОРОННЕЙ\*  
ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ОТКРЫТЫМ МЕТОДОМ  
OPEN REPAIR OF INGUINAL

Паховая грыжа, в основном, это врожденный дефект, и только в редких случаях - приобретенный. Ее лечение требует хирургического вмешательства . Операция по лечению грыжи предназначена для избавления от сопровождающих ее явлений, таких как боли и дискомфорт, исправление ущемления или предупреждения ущемления грыжи в будущем.

Лечение паховой грыжи у пациентов мужского пола удаление грыжевого мешка включает его отделение от семенного канатика. Содержимым паховой грыжи могут быть органы брюшной полости (кишка, мочевой пузырь и т.д., а у пациенток женского пола также яичник). Прежде, чем вправить содержащийся в грыжевом мешке орган в брюшную полость, врач проверяет отсутствие у него патологий. В случае, если обнаруживается ущерб, его следует исправить. В некоторых случаях коррекция выполняется с помощью сетчатого протеза . Мне было объяснено, что ущемление грыжи может привести к ущербу защемленного ней органу и требует экстренного оперативного лечения, иногда с дополнительным разрезом.

Операция проводится при полной, регионарной или местной анестезии через разрез в области паха.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение об ожидаемых результатах и побочных эффектах после основной операции, в том числе: боль и дискомфорт. Мне было объяснено, что ущерб ущемленному органу может быть необратимым, и в некоторых случаях потребуется его удаление.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных рисках и осложнениях, в том числе: инфекция, кровотечение, отек паховой области и мошонки, что может нанести ущерб яичку; ущерб кровеносным сосудам, что может повлечь за собой повреждение яичка, в основном при повторных операциях; повреждение семенного канатика, что может нарушить функцию яичка с той же стороны вплоть до наступления бесплодия ; повреждение нервов и сосудов, проходящих в этой области, а также поздний рецидив грыжи, для лечения которого потребуется дополнительная операция.

Я даю свое согласие на проведение основной операции.

Кроме того, 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 предотвратить вращения телесного ущерба, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможno предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или применение других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной операции.

Подпись пациента / опекуна: \_\_\_\_\_  
(חותמת המטופל / אפוקורופס)

0417.0



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.

Если будет решено провести основную операцию при общей или регионарной анестезии, анестезиолог даст мне разъяснения касательно этой анестезии.

Мне известно, что в том случае, если медицинский центр является филиалом университета, то в процессе подготовки и лечения могут принимать участие студенты, находящиеся под полным контролем их руководителей.

Я согласен/согласна с тем, что лечение в больнице будет проводиться теми лицами, на которых это возложено в соответствии с руководящими документами и инструкциями, действующими в больнице. Нас тоящим я заявляю, что мне не были даны гарантии того, что лечение будет проводиться, полностью или частично, каким -либо определенным лицом.

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.

תאריך / תאריך	זמן / שעה	חתימת המטופל/ה / חתימתו של המטופל/ה
שם האופטומטורוףין (קבריה) שם האופטומטורוףין (במקרה של פועל זך, קטין או חוליה נשית)	חתימת האופטומטורוףין (בслучае נеправוסпособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) / Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного) /	

Я подтверждаю, что дал /а устные разъяснения пациенту / пациентке **оперекуну** / **למתופל/ת** (למתופל/ת)  **пациенту / пациентки\*** / **לעופרופו של המתופל** (לעופרופו של המתופל) переводчику пациента / пациентки\* относительно вышеизложенного с необходимой подробностью, и что **пациент / пациентка / опекун** подписал/а согласие в моем присутствии после **того, как я убедился в** **полном понимании моего разъяснения.**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למתופל/ת** / **לאופרופו של המתופל/ת\*** את כל האמור לעיל בפיירוט הדרוש וכי **הוא/היא** חתם/**ה** על הסכמה בפנִי לאחר ששמענו/הici את הסבר**ה** במלואו.