



טופס הסכמת
לאורטראוסקופיה

Бланк согласия на уретроскопию

URETEROSCOPY

Уретроскоп - это гнующийся или негнущийся прибор, оснащенный оптической системой, с помощью которого можно осмотреть верхние мочевые пути и через который можно вводить различные инструменты, например, щипцы, баллонные катетеры или корзинки и приборы разных видов для дробления камней. Уретроскоп применяется для диагностики и лечения опухолей, камней, сужений и др.

Прибор вводится через уретру при местной, регионарной или общей анестезии. По окончании уретроскопии в большинстве случаев в мочеточнике, между почкой и мочевым пузырем, будет оставлен катетер для дренирования почки до того момента, когда пройдет отек, образовавшийся в результате процедуры.

Имя пациента (ל.מ.ת.):

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

Отчество / שם אבג

Номер уд. личности / ת.ל

Я заявляю и подтверждаю, что доктор (ר"ת) устным образом предоставил мне подробное объяснение

Фамилия / שם משפחה

Имя / שם פרטי

о необходимости выполнения диагностической (אורתראוסקופיה אבחנתית) и/или лечебной (טיפולית) (פרט אפשרויות הטיפול המתוכן) (далее: основная процедура).

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах диагностики при данных обстоятельствах, и о перспективах и рисках, связанных с каждым из них.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о побочных эффектах основной процедуры, в том числе: боль и дискомфорт в пояснице и в нижней части живота, частое мочеиспускание, ургентность, жжение при мочеиспускании, а также кровь в моче. Эти явления временные, и в большинстве случаев они проходят примерно в течение суток.

Кроме того, мне было дано объяснение о возможных осложнениях, в том числе: инфекция, сопровождаемая жаром, блокирование мочеточника в результате отека или остаточных фрагментов камней, перфорация мочеточника, позднее развитие стриктуры (сужения) уретры, а в редких случаях обрыв мочеточника. В основном эти осложнения можно исправить с помощью катетера, введенного в мочеточник на период от нескольких дней до нескольких недель. В единичных случаях потребуется открытая операция. Развитие стриктуры уретры может потребовать дополнительного лечения с помощью уретроскопа или открытой операции, а в редких случаях она может закончиться удалением почки. Данная процедура является инновационной, а потому возможно развитие осложнений, о которых на сегодняшний день неизвестно.

Я даю свое согласие на проведение данной основной процедуры.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной процедуры или сразу же после нее выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая хирургические действия, которые на данный момент невозможны



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 больнице, потребуются или будут необходимы во время проведения основной процедуры или сразу после нее.

Я также даю свое согласие на выполнение местной анестезии при необходимости, в соответствии с решением врачей - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе аллергическая реакция разной степени выраженности на различные препараты анестезии.

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

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.

Я, нижеподписавшийся/аясь, 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.

Дата / תאריך	Время / שעה	Подпись пациента / חתימת המטופל/ת
Имя опекуна (степень родства) / שם האפוטרופו (קרבה)	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или התימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטין או חוליה נפש) /	
Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופו) (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 / לאפוטרופו של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירות הדרש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששמענו/ה כי הבינו/ה את הסבר במלואו.		

Имя врача / שם הרופא/ה	Подпись / חתימה	Номер лицензии / מספר רישיון

*~~מחק~~ / את המיותר / Неудобное зачеркнуть /