



טופס הסכמה  
לניתוח לשחרור העצב המדיאני/אולנרי  
בתעלת שורש כף היד

**medica**

**Бланк согласия:  
Операция по высвобождению  
срединного/локтевого нерва  
от сдавления в туннеле запястья**

**RELEASE OF CARPAL TUNNEL SYNDROME (CTS)**

**RELEASE OF ULNAR NERVE - GUYON'S CANAL**

Операция производится с целью избавления пациента от болей, которые возникают вследствие сдавления срединного/локтевого нерва в запястном туннеле.

Причину сдавления в большинстве случаев выяснить не удается. В некоторых немногочисленных случаях обнаруживается, что причиной сдавления является опухоль или анатомические особенности туннеля. Часть пациентов указывает на перенесенную в прошлом травму этой области.

Операция состоит в разрезе кожи и рассечении подкожной клетчатки в области запястья с последующим разрезом связки, сдавливающей нерв. Если в процессе операции выявляются дополнительные патологические изменения, например, разрастание тканей вокруг сухожилий или вовлечение нерва в рубцовый процесс, все излишние ткани иссекаются, и нерв высвобождается из рубцов.

Разрез ушивается, и швы снимаются на 7-14 день. Операция проводится под местной и/или регионарной анестезией в сочетании с наложением на оперируемую руку артериального жгута. При этом может возникнуть ощущение давления в руке.

Имя пациента (לְמַטּוֹעַל/ת):

שם משפחה /

שם פרטי /

Отчество /

שם האב / שם уд. личности / .т.п

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а

подробное устное объяснение от доктора (ר"ת)

שם משפחה /

שם פרטי /

об операции освобождения срединного (הmedian) / локтевого (הulnar) нерва от сдавления в туннеле запястья правой (ימין) / левой (שמאל)\* руки (в дальнейшем: «основная операция»).

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

Я осведомлен/а о желаемых результатах основной операции и о вероятности замедленного восстановления освобожденного нерва. У небольшой части пациентов процесс выздоровления, сопровождающийся описываемыми ниже сопутствующими явлениями, может быть длительным. Иногда патологический процесс может рецидивировать, и лечение его потребует повторной операции.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне известны сопутствующие явления после основной операции, к которым относятся боль, дискомфорт, припухлость кисти и пальцев, ограничение подвижности и под кожные кровоизлияния, которые обычно самопроизвольно рассасываются.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая кровотечение и инфекцию, которые требуют лечения.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение 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 вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни пациента или



предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом вышесказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера основной операции, а также на выполнение других или дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными или необходимыми в процессе основной операции.

Настоящим я даю согласие на выполнение местной и/или регионарной анестезии в сочетании с наложением артериального жгута, будучи осведомлен/а об опасностях и осложнениях местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени выраженности на анестезирующие препараты, а также о возможности развития нервных и/или сосудистых расстройств при регионарной анестезии.

Если возникнет необходимость в выполнении основной операции под общим наркозом, то соответствующие объяснения я получу от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основная операция 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.

**Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В этом 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) * 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.	Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или התימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) / душевнобольного)	לאפוטרופו (של המטופל/ת) / חתימת האפוטרופו (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) / опекуна пациента/ки

Я подтверждаю, что устно объяснил/а пациенту/ке (למטופל/ת) / опекуну пациента/ки (לאפוטרופו) / опекуна (במקרה של פסול דין, קטן או חולה נפש) /  
\* 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 הדרוש וכי הוא/ היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י הבין/ה את הסבר במלואם.

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

\*Ненужное зачеркнуть /  
מחק/י את המיותר /